Подписан: ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.21 «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ»

**Задача № 1**

Жалобы на момент осмотра: на слабость, общий дискомфорт, дрожь в теле, отсутствие аппетита, сниженное настроение, поверхностный ночной сон, невозможность самостоятельно прекратить алкоголизацию, влечение к алкоголю.

Анамнез жизни: Родился в Москве, в семье интеллигенции, 1-м из 2-х детей. Беременность и роды у матери протекали нормально. Родился в срок, доношенным. Наследственность не отягощена. Раннее развитие без особенностей. В детский сад ходил. В школу пошел с 7 лет. Учился средне. По характеру был беспокойным, склонным к лидерству. Окончил 11 классов, 2 года университета пищевого производства. В армии не служил (плоскостопие, астигматизм). В дальнейшем трудился управляющим в пекарне. В настоящее время не работает. В ЦЗН не состоит. Холост, имеет сына 9 месяцев. Проживает один. Был судим по ст. 162 ч.2. Отбывал в МЛС 2 года, освободился в 2014г. Суицидальные попытки отрицает.

Анамнез заболевания со слов больного: на лечение поступает впервые, по личному заявлению, с целью купирования абстинентных расстройств. Впервые алкоголь попробовал в 15 лет - водку. Состояние опьянения понравилось: испытал приятные чувства эйфории, расслабления, легкости общения. В дальнейшем употребление алкоголя быстро приняло систематический характер. Злоупотребляет алкоголем около 10 лет. Защитный рвотный рефлекс угас на начальных этапах формирования заболевания. Первичное патологическое влечение без борьбы мотивов. Количественный контроль утрачен, первая выпитая доза приводит к непреодолимому желанию достигнуть глубоких форм опьянения. Ситуационный контроль снижен: конфликты в быту, в семье, проблемы со здоровьем от пьянства не удерживают. Присутствуют амнестические формы опьянения по типу палимпсестов. Пьянство носит постоянный характер. Пьет водку. Суточная толерантность составляет 1.0 л. водки. Наибольшее количество алкоголя приходится на вечер. Синдром отмены алкоголя сформировался через год и к настоящему времени носит развернутый характер (проявляется слабостью, разбитостью, дрожью в теле, головной болью, чувством сердцебиения, тошнотой, подавленным настроением, расстройством сна). Облегчение наступает от очередной принятой дозы алкоголя. В состоянии синдрома отмены алкоголя «пару раз» возникали эпиприпадки. Последний был «в прошлом году». Непрерывная алкоголизация перед поступлением: в течение 20 дней. Последняя алкоголизация: 07.09.16г. выпил 0.5л. пива.

Перенесенные заболевания: ЧМТ с сотрясением головного мозга несколько раз. Психозы отрицает.

Эпиданамнез: Туберкулез, венерические заболевания, гепатиты, ВИЧ – инфекцию - отрицает. В течение последних 3-х месяцев контакты с инфекционными больными отрицает. Корью не болел, контактов с больными корью не имел. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за последние 7 месяцев: не проводились. ФГ-обследование: 08.09.16г. в КФ № 1. Прививочный статус неизвестен.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Соматически: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы без свежих повреждений. В области груди слева, на левом плече, на кисти справа имеются рубцы от резаных ран. Лицо одутловато, гиперемировано. Склеры глаз инъецированы. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Легкие- дыхание жесткое, хрипов нет. Cor – тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в 1 мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - +2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: Зрачки умеренно расширены, равновеликие. Фотореакция вялая. Лицо симметричное, язык при высовывании по средней линии. Координационные пробы выполняет неточно. В позе Ромберга неустойчив. Сухожильные рефлексы D=S. Без очаговой и менингиальной симптоматики на момент осмотра.

Психический статус: Сознание не помрачено. В кабинет вошел самостоятельно. Сел на предложенный стул. Ориентирован в месте, времени, собственной личности правильно. Продуктивному контакту доступен. На вопросы отвечает в плане заданного, односложно, в замедленном темпе. Речь внятная, голос средней громкости. Настроение снижено. Мимика обеднена. Память на прошедшие события снижена. Мышление в замедленном темпе, конкретное. В беседе с врачом дистанцию удерживает. Критика к заболеванию формальная. Настрой на лечение ситуационно-обусловленный «из-за плохого самочувствия». На момент осмотра бреда, обманов восприятия и суицидальных тенденций не выявлено.

На основании анамнестических сведений и объективных данных выставлен диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром отмены алкоголя неосложненный F 1030.

Назначения:

1. Строгий надзор!
2. Стол ОВД.
3. ОАК, ОАМ, БХАК, анализ крови на сифилис, анти-HCV, HBs-ag, ВИЧ код 118.
4. Консультация терапевта, психолога.
5. Предыдущие назначения отменить.
6. История болезни из архива.
7. Tab.Carbamazepini 0.2 по 1/2 таб. х 3 р/д N 10, Tab.Glycini 0.1 г по 2 таб. х 3 р/д N 10 п/я, Tab.Sonapaxi 0.01 по 1 таб. х 3 р/д N 10, Tab. Pagluferali-3 по 1 таб. на ночь N 5, Sol. Natrii chloridi 0.9%-400.0 в/в капельно, 60 кап. в мин. N 5, Sol. Magnii sulfatis 25%-10.0, Sol. Riboxini 2%-10.0, Sol. Panangini 10.0, Sol. Thiamini chloridi 6%-2.0 в/м N 5 через день, Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5%-2.0 в/м N 5 через день, Sol.Phenazepami 0.1%-2.0 в/м в 22:00 N 5.

Больной для дальнейшей курации передается врачу ФИО

Больной на курацию принят.

Начато лечение синдрома отмены алкоголя согласно стандартам специализированной медицинской помощи, при синдроме отмены вызванном употреблением психоактивных веществ.

**Задания:**

1. Какую запись должен сделать лечащий врач в истории болезни при осмотре поступившего пациента?

2. Какие назначения в истории болезни должен сделать лечащий врач после совместного осмотра с заведующим отделения?

3. Согласно стандартам специализированной медицинской помощи, при синдроме отмены вызванном употреблением психоактивных веществ с какого синдрома начинается лечение?

4. Сформулируйте диагноз пациента?

**Задача № 2**

Больной М., 21.09.1955 года рождения находится на лечении в 23 наркологическом отделении с 04.01.2017 года.

Жалобы: на момент осмотра на общую слабость.

На фоне проводимого лечения в соответствие со стандартами специализированной медицинской помощи при синдроме отмены алкоголя, состояние улучшилось, явления абстинентного синдрома купированы.

Поведение упорядоченное, после настойчивой психокоррекции. Полностью доступен контакту. Внешне неопрятен, продуктивному контакту доступен, ориентирован во всех видах правильно. Эмоционально однообразен, со склонностью к апатии. Пассивно выполняет назначения врача, подчиняем, активности, и заинтересованности в лечебном процессе не проявляет. Общается с соседями по палате с соблюдением правил совместного пребывания, большую часть времени проводит в общение с пациентами с психоорганическими расстройствами. С медперсоналом не конфликтует, на дистанции. Сон и аппетит достаточные. К трудотерапии относится нейтрально. Критика к заболеванию отсутствует, формально признает себя больным, однако никаких планов на трезвость не формирует. Периодически возникает влечение к ПАВ, которые редуцируются после проведения психотерапевтической беседы. На продолжение лечения настроен формально. Высказывания носят поверхностный, декларативный характер, круг интересов сужен удовлетворением физиологических потребностей. Обманов восприятия, галлюцинаций, бредовых идей не выявляет. Суицидальных мыслей не высказывает. На момент осмотра острой соматоневрологической патологии не выявлено.

Общее состояние удовлетворительное. В соматоневрологическом статусе без отрицательной динамики. Зев спокоен. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Температура тела 36,5 0С. В лёгких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД-16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо.

**Результаты клинико-лабораторных обследований:**

Клинические анализы крови от 04.01.2017: Hgb-143, Rbc-3, PLT-192, Wbc-7, СОЭ. -5,

Общий анализ мочи от 04.01.2017: УделВес-1021, pH-6, Эпит. - в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

Биохимический анализ крови от 04.01.2017: Protein-72, Urea-11, T_Bilirubin-11, D_Bilirubin-3, Amylase-23, ALT-34, AST-45, Glucose_OX-3,

Имеющиеся отклонения в клинических анализах крови (уровень трансаминаз) говорят о текущих метаболических расстройствах, характерных для токсического поражения печени минимальной активности.

**Анти HCV** - отр. от 04.01.2017 **HBS (ag)** - отр. от 04.01.2017

**ВИЧ (ag)** - отр. от 04.01.2017

**Сифилис RPR** - отр. от 04.01.2017

**ФЛГ**: от 06.12.2016: Пневмосклероз,

**ЭКГ**: от 04.01.2017: Синусовый ритм ЧСС 60 в минуту. Нормальное положение ЭОС.

Проводилась психотерапевтическая работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния пациента, предотвращение развития рецидива заболевания, что позволило добиться участия больного в лечебно-реабилитационном процессе. Нуждается в продолжение стационарного лечения и обследования для нормализации показателей гомеостаза, формирования, закрепления критического отношения к заболеванию и определения трезвеннической установки.

Диагноз: Психические и поведенческие расстройства связанные (вызванные) употреблением алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. Воздержание в условиях, исключающих употребление F 10.213 Третья (конечная) стадия зависимости.

Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных синдрома отмены алкоголя выполнены. Начато лечение синдрома зависимости от алкоголя согласно стандартам (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных.

Начато выполнение стандартов специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости от алкоголя.

Назначения:

1. Строгий надзор отменить, режим общий;
2. Лечение продолжить;
3. С больным проведена беседа о необходимости противорецидивной терапии препаратом вивитрол по окончании лечения и в условиях диспансера по месту жительства после выписки, продолжения курса реабилитации по завершению курса стационарного лечения.
4. Больной предупрежден о социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания.
5. Больному сообщено о необходимости беседы с родственниками для получения объективных анамнестических данных

**Задания:**

1. Каких данных не хватает для постановки диагноза?
2. Имеющиеся отклонения в клинических анализах крови (уровень трансаминаз) говорят о …?
3. Дальнейшая тактика для лечения данного пациента
4. Какие рекомендации можно дать данному пациенту после выписки?

**Задача № 3**
**Пациент: А., 24.08.1970**
**Поступил: 06.10.2017**
**Выписан: 01.11.2017**

Диагноз при поступлении:

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром отмены алкоголя неосложнённый F10.30.

Диагноз при выписке:

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2

Алкогольная кардиомиопатия I42.6, Алкогольная жировая дистрофия печени K70.0

Жалобы: на тревожность, поверхностный, беспокойный сон, на чувство внутреннего дискомфорта, слабость, влечение к приёму спиртных напитков, невозможность прекратить алкоголизацию, боли в ногах.

Катамнез со слов больного: Поступил на лечение в КФ МНПЦН повторно, по личному заявлению.

Последняя выписка из КФ №1 МНПЦ наркологии в июле 2017г. Возобновил пьянство спустя месяц после выписки на фоне выраженного влечения к ПАВ, алкоголизировался ежедневно. На учете в НД состоит с 2009 года, однако диспансер не посещает. Не судим. Разведен, проживает один, в отдельной квартире.

Первая проба в 16 лет. Злоупотребляет алкоголем около 15 лет. Пьянство носит характер постоянного, продолжительность запоев до месяца, с ремиссиями до 3-4 мес. Рвотный рефлекс утрачен на начальных этапах формирования заболевания. Первичное влечение к алкоголю с борьбой мотивов. Количественный контроль утрачен, первая выпитая доза приводит к неодолимому желанию достигнуть глубоких форм опьянения. Ситуационный контроль снижен: конфликты в быту, в семье, проблемы со здоровьем от пьянства не удерживают. Абстинентный синдром сформирован, развитие заболевания происходило высокими темпами. В настоящее время абстинентный синдром носит развернутый характер и протекает в виде покраснения лица, головной боли в затылочной области, несистемных головокружений, анорексии, потливости, тремора пальцев рук, кончика языка, век, нарушенного сна с кошмарными сновидениями, чувства неприязни к окружающим. Толерантность до 1.0л водки с тенденцией к снижению в последние годы. Амнезирует события опьянения по типу палимпсестов. В опьянении дисфоричен, легко вступает в драки. Настоящий «запой» - в течение 7 дней с суточной толерантностью до 0,5л водки, дробно. Последний abusus в день поступления, употребил до 0.5 литра крепкого пива. Употребление других ПАВ отрицает. Судорожные припадки на высоте абстинентного синдрома отрицает. Дважды переносил алкогольные психозы в 2002, 2004гг. В связи с невозможностью самостоятельно прекратить употребление алкогольных напитков обратился за медицинской помощью.

Экспертный анамнез: В настоящее время не трудоустроен, более месяца не имеет постоянной работы. На учете в ЦЗН не состоит. Специальность – водитель автопогрузчика.

Перенесенные заболевания: МКБ, Варикозная болезнь вен нижних конечностей. В анамнезе простудные заболевания, неоднократные травмы головы. Операции: ушивание паховой грыжи справа.

Эпиданамнез: Вирусный гепатит С и В, ВИЧ, туберкулез, венерические заболевания - отрицает.

Контакты с инфекционными больными за последние три месяца- отрицает.

За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжала.

Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за последние 7 месяцев отрицает.

ФГ-исследование за последние 12 месяцев проводилось в приемном отделении КФ №1от 06.10.17 – без патологии.

Прививочный статус неизвестен. Контакт с инфекционными больными и больными с диареей в течение последнего месяца отрицает. Болел ли ветряной оспой и корью в детстве сказать затрудняется.

Аллергологический анамнез: крапивница при введении гемодеза, витаминов гр. «В».

Соматический статус при поступлении: Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы лица легко гиперемированы. Лицо выраженно одутловато. Склеры инъецированы. Губы сухие. Язык, обложен белым налетом. Запах перегара изо рта. Нарушения целостности костно-мышечной системы не выявлено. В легких дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/70 мм. рт. ст. ЧСС 100 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2,5 см от края реберной дуги, плотная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускания регулярные.В области голеней, бедер отмечается ссадины под «струпом» (со слов, ожоги температурой). В области правой голени – варикозное расширение вен.

Неврологический статус при поступлении: Зрачки OD=OS. Сохраняется горизонтальный установочный нистагм. Гипергидроз ладоней и стоп. Мелкоразмашистый тремор век, языка, пальцев рук. Походка неуверенная, шаткая. Координационные пробы: в позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет с ошибками. Сухожильные рефлексы симметричные, оживлены. Менингиальных знаков и патологических рефлексов не выявлено.

Психический статус при поступлении: В сознании. Внешне опрятен. Ориентирован в месте, времени и собственной личности правильно. В контакт вступает охотно, на вопросы отвечает в плане заданного, вначале – многословен, но быстро теряет интерес к беседе, ограничен лишь собственный дискомфортом, просит ускорить выполнение назначений. Беседует с врачом неохотно, в целом соблюдает чувство дистанции. При беседе на тему алкоголизации существенно оживляется, с бравадой говорит о выпиваемых дозах алкоголя. Внимание рассеянное. Установка на лечение ситуационно обусловлена. Эмоциональный фон снижен. Критика к заболеванию формальная. На момент осмотра нарушений восприятия, бреда и суицидальных тенденций не выявлено. Настроен на купирование абстинентного синдрома, интересуется возможностью выписки по миновании тягостных проявлений «похмелья».

Клинико-лабораторные обследования:

Анти HCV - отр. от 06.10.2017; HBS (ag) - отр. от 06.10.2017

ВИЧ (ag) - отр. от 06.10.2017; Сифилис RPR - отр. от 06.10.2017

Биохимический анализ крови: от 06.10.2017: Urea-2,4, Creatinine-56, T_Bilirubin-8,6, D_Bilirubin-3,5, Amylase-38,7, ALT-12, AST-19,4, GGT-142, Glucose_OX-5,

Клинический анализ крови: от 06.10.2017: Hgb-123, Rbc-3,46, PLT-194, Wbc-6,8, СОЭ. -15,

Общий анализ мочи: от 06.10.2017: УделВес-1,005, pH-7, Эпит.- в п/зр, Лейк.-1 в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 06.10.2017: В легких на момент обследования очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни лёгких структурные. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей.

ЭКГ: от 06.10.2017: синусовая тахикардия с ЧСС 91 в минуту. Нормальное положение ЭОС.,

Лечение: Sol. Natrii chloridi 0.9%-400,0 ml в/в №3, Sol. Kalii chloridi 4% - 10.0в/в №3, Sol.Magnesii sulfatis 25%-10,0 млв/в №10, Sol. Acidi ascorbinici 5%-4,0 ml в/в №3, Sol. Phenazepami 0,1% - 2,0 ml в/м н/ночь №5, Tab. “Aminaloni” по 1 таб. 3 раза в день №20

Состояние при выписке:

За прошедшее время больному проводилась дезинтоксикационная, симптоматическая, витаминотерапия, психотерапевтическое лечение.

В результате проведенного лечения купирован алкогольный абстинентный синдром, нормализовался сон, аппетит, окреп физически, редуцировались аффективные расстройства, дезактуализировалось влечение к алкоголю, в лабораторных анализах положительная динамика, состояние больного улучшилось.

Объективный анамнез: собрать не удалось, т.к. родственники больного не посещали.

Суждения и интересы оставались нестойкими, легковесными, поверхностными, временами сохранялась раздражительность. Эмоциональный фон оставался неустойчивым. Также сохранялась нерешительность, пассивность в общении. В целом был подчиняем, упорядочен. В процессе терапии к лечению стал относиться более аккуратно, держится с дистанцией, в отделении упорядочен, режиму отделения подчинен. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не высказывает. Речь и мимика адекватны содержанию беседы. Влечение к алкоголю формально отрицает. Внешних признаков влечения к алкоголю не проявляет. Эмоциональный фон стал более ровным, с другими пациентами начал общаться с установкой на трезвый образ жизни, стал прислушиваться к мнению врача, планы на будущее стали более определенными, интересуется рекомендациями на будущее. Высказывает установку на трезвость, критика к заболеванию на вербальном уровне. Продуктивной психосимптоматики не проявляет.

Выписывается по окончании курса лечения с улучшением домой под наблюдение в НД по месту жительства с рекомендацией, поддерживающей противорецидивной терапии: Caps. Ursodeoxycholic acidi 0,25 внутрь 1капс-1капс-2капс №360, Tab. Ademetionini 0,4 внутрь 1 раз/сут в первую половину дня между приемами пищи №30, Tab. Tofizopami 0,05 по 1 таб 2 раз/сут в первую половину дня между приемами пищи №14, прохождение реабилитационных программ в амбулаторных условиях, контроль б/х ан. крови, наблюдение и лечение у терапевта, невролога по м/жительства. Повторная госпитализация в течение 3 месяцев. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием диагноза наркологического заболевания предупрежден.

Прогноз на ремиссию сомнительный.

Выполнен этап лечения синдрома отмены соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ». Выполнен этап лечения синдрома зависимости соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

От выдачи справки отказался.

Трудоспособность восстановлена полностью.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз пациента?
2. Шифр данного диагноза по МКБ
3. Какие исследования необходимо назначить данному пациенту?
4. Медикаментозное лечение данного пациента

**Задача № 4**

**Пациент: Юлия Г., 11.07.1987**
**Поступила: 05.10.2017**
**Выписана: 02.11.2017**

*Диагноз при поступлении*: Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром отмены неосложненный сочетанного употребления F19.30. Н.

*Диагноз при выписке*: Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром зависимости средней стадии (опиоиды, алкоголь). В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F19.21.2 Н. Хронический вирусный гепатит С В18.2. ВИЧ-инфекция, ст.3, субклиническая. В23.1. Назофарингит, пролечен.

*Жалобы* на влечение к наркотику, слабость, чувство внутреннего дискомфорта, выраженные выкручивающие боли в ногах, спине, озноб, потливость, бессонницу, болезненность, онемение в пальцах кистей.

*Катамнез со слов больной*: Поступает на лечение повторно, 6-ой раз, впервые в данный стационар на купирование синдрома отмены. Предыдущая выписка из МНПЦ в 2015г., в 2016г лечилась платно ремиссия 6 мес, возобновила прием наркотиков на фоне актуализации патологического влечения в привычной компании сразу после выписки. Первые пробы «винта» в 17 лет (2004г.) внутривенно в компании друзей, состояние опьянения понравилось. Употребляла стимуляторы эпизодически. Через год перешла на систематическое употребление героина. Через месяц систематического приема героина сформировалась психическая и физическая зависимость от опиоидов, абстинентный синдром в виде комплекса соматовегетативных и психических расстройств с выраженным влечением к опьянению через 6-8 часов после последнего приема героина, проявляющийся в виде болей в суставах и мышцах нижних конечностей, снижения настроения, болей в животе, потери аппетита, слабости, подавленности, озноба. В последствии стала употреблять амфетамины, экстази, кокаин. Сформирована психическая и физическая зависимость от стимуляторов. Последний год регулярно употребляет метадон. В отсутствие метадона стала массивно алкоголизироваться. Появилась запойная форма пьянства до 7-10 дней с употреблением водки до 0,5- 0,7л. в сутки. Последнее употребление водки 04.10.17г.- 0,5литра. Толерантность к метадону выросла до 0,5г в сутки на 1 прием внутривенно. Последнее употребление метадона 03.10.17г 0,5г. в/в. В последний день для снятия абстинентных проявлений разово употребила 1 табл. «Лирики» 300.

Из анамнеза жизни, со слов пациентки на учете в НД состоит с 2010г. Образование среднее специальное, по специальности секретарь референт. Не работает более 10 лет, на учете в ЦЗН не состоит. Замужем, детей нет. Проживает с мужем в отдельной квартире. Судимости не было.

Перенесенные заболевания: в/оспа, ЧМТ эпиприпадки психозы отрицает.

*Эпиданамнез*: вен. заболевания, туберкулез, вирусные гепатит А и В и другие инфекционные заболевания отрицает. Гепатит С и ВИЧ с 2008г. Контакты с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев отрицает. Корью не болела.

Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых не отрицает- инъекции наркотика внутривенно в область предплечий с обеих сторон; Прививочный статус не известен. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжала. ФГ-обследование 03.08.2017г. - без патологии.

*Гинекологический анамнез*: менструации с 14 лет, болезненные, регулярные, последняя месяц назад. Беременностей-0.

*Аллергоанамнез:* на карбомазепин-крапивница.

*Соматический статус*: Общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные; на предплечьях и в паховой области с обеих сторон следы от внутривенных инъекций различной степени давности; в области предплечий слева старые следы от самопорезов. Склеры инъецированы. Язык влажный, чистый. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 79 в мин, Т36,4. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Дизурии нет.

*Неврологический статус:* очаговой неврологической патологии не выявлено. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки S=D, обычной величины. Сухожильные рефлексы S=D, снижены. В позе Ромберга пошатывается. Тремор пальцев вытянутых рук. Координационные пробы выполняет с негрубым промахиванием.

*Психический статус*: Со слов медперсонала ночь спала, сон медикаментозный. Сознание сохранено. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Контакту доступна, в беседу вступает неохотно, на вопросы отвечает по-существу, односложно. Внешне опрятна. Мимика вялая. Фон настроения снижен, раздражительна. Эмоционально лабильна. Влечение к наркотику сохраняется. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает. Память не нарушена. Мышление последовательное. Критика к заболеванию формальная. Установка на лечение вынужденная.

*Клинико-лабораторные обследования:*

Анти HCV - пол. от 09.10.2017  HBS (ag) - отр. от 09.10.2017

ВИЧ (ag) -  ИБ от 23.03.2015 №784216, Сифилис RPR - отр. от 06.10.2017

Биохимический анализ крови: от 05.10.2017: Urea-4, Creatinine-90, T_Bilirubin-7,1, D_Bilirubin-3,2, Amylase-38,7, ALT-43, AST-63, GGT-19, Glucose_OX-5,5, Sodium-138, Potassium-4,68, Chloride-102,2,

Клинический анализ крови: от 05.10.2017: Hgb-122, Rbc-3,98, PLT-199, Wbc-6,6, Базофилы-0, Эозинофилы-0,6, Лимф.-1,4, Моноциты-0,4, СОЭ.-30,

Общий анализ мочи: от 05.10.2017: УделВес-1,01, pH-7, Эпит. - в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 03.08.2017: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни структурны. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободны. Сердце. Аорта б/особенностей.

ЭКГ: от 10.10.2017: Синусовый ритм регулярный ЧСС 72 в минуту. Вертикальное положение ЭОС.

Осмотрена специалистами:

Инфекционист: от 06.10.2017. Хронический вирусный гепатит С B18.2, ВИЧ-инфекция, ст.3, субклиническая. B23.1, Назофарингит, пролечен.

Лечение: Выполнены стандарты купирования синдрома отмены и лечения синдрома зависимости наркологических больных, проведена детоксикационная, симптоматическая, общеукрепляющая, психотропная терапия, психотерапия в соответствии со стандартами (моделями протоколов) специализированной медицинской помощи наркологическим больным: T. Finlepsini 500 mg. в сутки, T. Thiodazini до 25,0 мг в сутки; T.Pagluferali -2 до 3 таблеток; Tab Carsili 1 х 3 раза; Tab Mexidoli 0,125 1 х 3 раза; Tab. Chloprotexeni 50 mg. н/н. Tab. Aminaloni по 1 табл. 3 раза в день, ноотропы, витамины, гепатопротекторы.

Состояние при выписке:

В отделении лечение проводилось в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи при синдроме отмены и синдроме зависимости от опиоидов и алкоголя.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на здоровье не предъявляет. Ночной сон достаточный. Аппетит восстановлен. Сомато - неврологически с положительной динамикой. Пациентка физически окрепла. Лицо симметричное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот спокоен. Стул и диурез без особенностей. АД 110/70 мм. рт.ст., пульс 76 в мин. Температура тела 36,6 град. Ц. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в месте, в собственной личности и во времени правильно. Фон настроения ровный. Внешне спокойна. Обманов восприятия и ощущений не выявляется на момент осмотра. Влечение к ПАВ отрицает, поведением не обнаруживает. Строит планы на будущее. Собирается прекратить общение с зависимым от ПАВ окружением, устроиться на работу. Суицидальных мыслей не высказывает, поведением не обнаруживает на момент осмотра. В отделении была малозаметна. К лечению относилась равнодушно. Формально интересовалась результатами анализов. Режим в отделении не нарушала. В трудовых процессах участия не принимала. Занятия с психологом не посещала. В неотложной наркологической помощи не нуждается.

Выписывается из отделения в связи с окончанием лечения в удовлетворительном состоянии. Отделение покинула в сопровождении матери. Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

Проведена ВК от 27.10.17г: получение препарата ВИВИТРОЛ разрешено (препарат введен 01.11.17 г).

О социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждена.

Принимая во внимание особенности течения заболевания и возможное раннее обострение в течении трех месяцев повторная госпитализация в ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ для прохождения курса лечения.

Рекомендации при выписке:

Строгое соблюдение режима трезвости.

Наблюдение в НД по месту жительства, прохождение реабилитационных программ.

Наблюдение инфекциониста по месту жительства.

T. Glycini 200mg х 3 раза в день, курс 1 месяц.

T. Risperidoni 1 мг 2 раза в день, курс 1 месяц.

T. Chlorprithixeni 50mg на ночь, курс 14 дней.

T. Mirtazonali 30mg на ночь, курс 1 месяц.

T. Carbamazepini 100mg х 3 раза в день, курс 1 месяц.

Sol. Vivitroli 380mg в/м х 1 раз в месяц, курс 12 месяцев.

Выдана справка № 2317 с 05.10.2017. по 02.11.2017.

Трудоспособность восстановлена полностью.

**Задания;**

1. Диагноз при поступлении
2. Диагноз после обследования
3. Какие клинико-лабораторные обследования необходимо провести данной пациентки, и какой из специалистов обязательно участвует в осмотре согласно анамнестическим данным?
4. Рекомендации при выписке с лечением

**Задача № 5**
**Пациент: Борис А, 04.01.1950**
**Поступил: 07.10.2017**
**Выписан: 03.11.2017**

*Диагноз при поступлении:*

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром отмены алкоголя неосложнённый F10.30.

*Диагноз при выписке:*

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя конечной стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.3

Алкогольная кардиомиопатия I42.6, Алкогольная жировая дистрофия печени K70.0, Хроническая язва желудка K25,

*Жалобы*: На общий дискомфорт, слабость, влечение к алкоголю, дрожь в теле, раздражительность, нарушения сна.

*Катамнез со слов больного*: Поступает в клинический филиал МНПЦ наркологии повторно, с заявлением, последний раз выписан из клинического филиала МНПЦ 06.10.17г, сразу возобновил пьянство.

Первая проба в 17 лет. Злоупотребляет алкоголем около 25лет. Пьянство носит псевдозапойный характер, продолжительность псевдозапоев до 5 дней. Утрачены рвотный рефлекс, ситуационный и количественный контроль. Суточная толерантность снизилась до 0.5 л водки, дробно. В состоянии опьянения навязчив, раздражителен, конфликтен. Иногда имеют место амнестические формы опьянения в виде тотальных амнезий. Алкогольный абстинентный синдром развился быстро, в течение 3х лет, сформирован по развернутому типу: с тревогой, сниженным настроением, раздражительностью, чувством дискомфорта, резким влечением к алкоголю, нарушением сна, аппетита, слабостью, потливостью, тремором пальцев рук, языка, а иногда во всех конечностях Настоящий запой в течение 2 дней. Последняя алкоголизация 07.10.17. - 0.15л. водки.

В связи с невозможностью самостоятельно прекратить употребление алкогольных напитков обратился за медицинской помощью.

Проживает один. Судимостей не имеет.

*Перенесённые заболевания*: Переломы верхних и нижних конечностей, язвенная болезнь желудка. ЧМТ, бронхиальную астму, сахарный диабет отрицает.

Эпиприпадки, психозы отрицает.

*Эпиданамнез*: Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ – отрицает. За последние 3 месяца с инфекционными больными не контактировал. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Манипуляции, связанные с нарушением кожных покровов за последние 7 месяцев, проводились: лечился в нашей больнице, последний раз в июне 2017г. Прививочный анамнез неизвестен. ФЛГ от 10.08.17 – без острой патологии.

*Аллергоанамнез:* не отягощен.

*Экспертный анамнез:* Пенсионер по возрасту.

*Соматический статус*: Общее состояние ближе к удовлетворительному. Пониженного питания. Кожные покровы лица и шеи гиперемированы. Лицо одутловатое. Склеры инъецированы. Пациент имеет высокую степень миопии, без очков не ориентируется в пространстве (очки выданы). Язык розового цвета, обложен серым налётом. Запах перегара изо рта. В лёгких дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 140/80. Пульс 80 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус*: Зрачки равновеликие, реакция на свет живая. Тремор всего тела. Координационные пробы не точные. В позе по Ромбергу пошатывается. Менингиальных знаков и острой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

*Психический статус:* В сознании. Ориентирован всесторонне, правильно. Внешне аккуратен. Выглядит несколько напряженно. Эмоциональный фон неустойчив. Дистанцию соблюдает. Отвечает после паузы. Жалуется на «дрожь внутри», влечение к алкоголю, нарушение сна, просит помощи. Целью госпитализации указывает желание избавиться от тягостных ощущений при отмене алкоголя, «долго я лечится не смогу». Длительную беседу не выдерживает, быстро истощается. Снижена критика к своему состоянию. Память на текущие и прошлые события снижена. Обманов восприятия, бредовых переживаний, суицидальных тенденций, на момент осмотра, не выявляется.

Клинико-лабораторные обследования:

Анти HCV - отр. от 07.10.2017; HBS (ag) - отр. от 07.10.2017

ВИЧ (ag) - отр. от 07.10.2017; Сифилис RPR - отр. от 07.10.2017

Биохимический анализ крови: от 07.10.2017: Urea-6, Creatinine-73, T_Bilirubin-0,7, D_Bilirubin-2,1, Amylase-79,9, ALT-17, AST-41,8, GGT-18, Glucose_OX-4,9, от 11.10.2017: Protein-67, Urea-4,8, Creatinine-76, T_Bilirubin-5,9, D_Bilirubin-2,4, Amylase-66,9, ALT-15, AST-25, GGT-17, Glucose_OX-5,3,

Клинический анализ крови: от 07.10.2017: Hgb-134, Rbc-5,27, PLT-202, Wbc-11,9, СОЭ.-4,

Общий анализ мочи: от 07.10.2017: УделВес-1,005, pH-5, Эпит.- в п/зр, Лейк.-12-14 в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр., Слизь-немного,

ФЛГ: от 10.08.2017: В легких на момент обследования очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни лёгких структурные. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей.

ЭКГ: от 07.10.2017: Синусовый ритм правильный ЧСС 73 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Изменение миокарда желудочков.,

Лечение: Sol. Natrii chloridi 0.9% 10.0 Sol.Magnii sulfatis 25%-5.0 в/в стр. медленно №7 Sol. Natrii chloridi 0.9% 10.0 в/в стр. №5 Sol. Natrii Thyosulfati30% -10,0 Sol. Thiamini hydrochloridi 5% - 2,0 ml в/м № 5 Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 2,0 ml Tab. “Biotredin” по 1 таб. 3 раза в день №10 Tab. “Aminalon” 0,25 по 1 таблетке 3 раза в день

внутрь №10 Tab. Fenzitati 2т (2мг) – н/н №7 Tab. Ranitidini 150 мг 1 таб х 1 р/д н/н №5 Tab. Riboxini 0.2 1т – 3р/д №10

Состояние при выписке:

За прошедшее время больному проводилась дезинтоксикационная, симптоматическая, витаминотерапия, психотерапевтическое лечение.

В результате проведенного лечения купирован алкогольный абстинентный синдром, нормализовался сон, аппетит, окреп физически, редуцировались аффективные расстройства, дезактуализировалось влечение к алкоголю, в лабораторных анализах положительная динамика, состояние больного улучшилось.

Объективный анамнез: собрать не удалось, т.к. родственники больного не посещали.

Суждения и интересы оставались нестойкими, легковесными, поверхностными, временами сохранялась раздражительность, апатичность, быстрая истощаемость. Эмоциональный фон оставался неустойчивым. Также сохранялась безынициативность, пассивность в общении, нерешительность. На вопросы отвечал односложно, неохотно, память оставалась сниженной. Критика к заболеванию отсутствовала. В процессе терапии к лечению стал относиться более аккуратно, держится с дистанцией, в отделении упорядочен, режиму отделения подчиняем. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб не высказывает. Речь и мимика адекватны содержанию беседы. Память остается сниженной. Влечение к алкоголю формально отрицает. Внешних признаков влечения к алкоголю не проявляет. Эмоциональный фон стал более ровным, формально пытается строить планы на будущее. Установка на трезвость на вербальном уровне. Критика к своему заболеванию по-прежнему отсутствует. Продуктивной психосимптоматики не выявлено.

Выписывается по окончании курса лечения с улучшением домой под наблюдение в НД по месту жительства с рекомендацией поддерживающей противорецидивной терапии: Tab. Lidevini внутрь 1 таблетка утром № 10, далее по ½ таблетки внутрь утром № 30, Tab. Ascorutini внутрь по 1 таблетке 3 раза в день № 30, Tab. Acidi lipoici 0.02 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день № 30, прохождение реабилитационных программ в амбулаторных условиях, контроль б/х ан. крови, наблюдение и лечение у терапевта по м/жительства. Повторная госпитализация при возобновлении приема ПАВ. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием диагноза наркологического заболевания предупрежден.

Прогноз на ремиссию неблагоприятный.

Выполнен этап лечения синдрома отмены соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ».

Выполнен этап лечения синдрома зависимости соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

От выдачи справки отказался.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сколько дней дается на постановку предварительного диагноза (Приказа Минздрава РФ от 07.06.2022 N 388н)
3. Сколько часов с момента поступления пациента на основании данных клинического обследования, результатов инструментальных и лабораторных исследований, динамического наблюдения дается на постановку клинического диагноза?

4. Перечислите выполненные этапы лечения согласно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ»

**Задача № 6**

**Пациент: Н., 18.06.1974**
**Поступил: 12.10.2017**
**Выписан: 07.11.2017**

**Диагноз при поступлении:** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром отмены алкоголя неосложнённый F10.30.

**Диагноз при выписке:** Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2

Хронический панкреатит, ремиссия К86.1, Мочекаменная болезнь. N20, Хронический вирусный гепатит С В18.2, ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии В22.0, Токсический гепатит К71.2. Артериальная гипертензия, неуточнённая (I 15.9)

*Жалобы* на беспричинное беспокойство, потливость, внутренний дискомфорт, дрожь в теле, «навязчивые мысли о спиртном», периодически возникающую тревогу, сухость во рту, отсутствие сна и аппетита, икоту.

*Катамнез* (со слов больного и архивной истории болезни): На лечение в КФ № 1 поступает неоднократно, 7 раз (В 2017 году третий), по личному заявлению, направлению поликлиники КИБ № 2 в сопровождении матери. Предыдущая госпитализация: был выписан 10.03.2017 г. по окончании лечения. Ремиссии нет. НД не посещал. На работу е устроился. Форма пьянства носит постоянный характер, с ежедневным употреблением спиртного с марта 2015 года, со «светлыми промежутками» в неделю-полторы. В опьянении возникают беспричинные колебания настроения, вспышки раздражения, повышенная мнительность. Палимпсесты сменяются более глубокими амнезиями. Утром после обильного приема алкоголя испытывал учащение пульса, головную боль, слабость, дрожь в руках, ногах, беспричинное беспокойство, тревогу, отсутствовал интерес к окружающему, покрывался холодным липким потом. Все это сглаживалось после приема спиртного. Прекращает пьянство под давлением родственников и из-за отсутствия денег. Предпочитает крепкие напитки (водку и самогон). Толерантность до 1,5 л водки. Но, «не откажусь и от коктейлей с пивом, да, так пью все, что горит». В настоящее время абстинентный синдром протекает по развёрнутому типу с эпиприпадками в виде навязчивого влечения к спиртному, подавленности, нарушений сна, потливости, головной боли, дрожи в теле, бессонницы, тошноты. Продолжительность периода абстиненции увеличилась до 8-10 суток. Патологическое влечение к спиртному в настоящий момент носит постоянный навязчивый характер. Эйфоризирующий эффект стал менее выраженным и более коротким по продолжительности. Последнее употребление спиртного 12.10.2017-1,5 л. светлого пива. Употребление других видов ПАВ отрицает.

Из анамнеза известно, что впервые попробовал алкоголь в 16 лет в компании сверстников. Состояние опьянения понравилось, ощутил «благодушие, сонливость. В дальнейшем употреблял алкоголь эпизодически от случая к случаю. В 1992 г. (в 18 лет), в компании сверстников, сразу внутривенно, попробовал героин. После первого в/в приёма ощутил подташнивание, тревогу. В последующем, после в/в инъекций ощущал лёгкость,

приятные ощущения, зуд, тёплые «волны», во всём теле, благодушие, сонливость. В начале в/в употребления толерантность к героину не превышала 0,05 г за 1 приём, наркотизировался 3-5 раз в месяц. Затем постепенно, для достижения более ярких ощущений стал повышать однократную дозу и частоту употребления героина. Через 3 месяца толерантность к героину возросла до 0,5 г/сут, стал наркотизироваться систематически. При отсутствии наркотика стал испытывать болезненные ощущения в мышцах, отсутствие сна, тревогу. Изменился по характеру – стал рассеянным, раздражительным, невнимательным к родным. Сформировался абстинентный синдром по развернутому типу: с нарушением сна и аппетита, снижением настроения, раздражительностью, тревогой, выраженным болевым синдромом и алгической симптоматикой. За все время наркотизации отмечались лишь вынужденные ремиссии, в связи отбыванием наказания в МЛС. Сразу после освобождения возобновлял прием наркотика из-за выраженного влечения к ПАВ и под давлением «друга» - наркомана. Периодически делал перерывы в употреблении наркотиков на время госпитализаций в НКБ№17. Передозировки не отрицает (около 2), в начале наркотизации. В 2009 г. самостоятельно бросил наркотизацию и перешел на употребление спиртных напитков в большом объеме. Практически сразу были утрачены рвотный рефлекс, потеряны ситуационный и количественный контроли. Пьянство носит перемежающий характер. Алкоголизировался практически ежедневно в течение многих месяцев, до 2,5-5,0 литра пива в сутки. При этом, периодически, отмечались эпизоды по 2-5 дней, с максимальным употреблением спиртного (до 1,5 литров водки в сутки), заканчивающиеся появлением физических симптомов снижения толерантности, выраженных в незначительной степени и уменьшением доз алкоголя. Чаще, несмотря на продолжающееся пьянство, данные симптомы преходящи, реже – больной на несколько дней прекращал алкоголизацию в связи с более выраженным временным снижением толерантности. Часто имели место амнестические формы опьянения в виде палимпсестов и тотальных амнезий. Очень быстро сформировался абстинентный синдром по развернутому типу. В 2012 году на трезвом образе жизни в поликлинике КИБ № 2 по назначению инфекциониста принимал препарат «Пегасис». В период с 2013 по март 2015 года находился в МЛС, где употребление спиртного также отрицает. После освобождения, сразу же возобновил алкоголизацию на фоне актуализации патологического влечения к алкоголю, отмечая «свое освобождение».

Родился в г. Москве старшим из двух детей в полной семье. Мама по характеру добрая, отзывчивая, «души во мне не чает, но с осуждением относится к моей алкоголизации, всю жизнь проработала на телевидении, что-то там, на компьютере склеивала, сейчас на пенсии». Отца характеризует как жесткого, принципиального человека, работал главным технологом. Умер в 2015 году от инсульта. Наследственность психическими расстройствами, наркоманией и алкоголизмом не отягощена. Пациент окончил 8 классов и ПТУ. Получил специальность электрик. Но ни по специальности, ни вообще одного дня в своей жизни не проработал. Ведет криминально-паразитический образ жизни. В армии не служил – мед.отвод – экзема. Судим по 144,146 145, 161 ст. УК РФ (кража, разбой). В общей сложности в МЛС провел около 7 лет. Холост, имеет внебрачного ребенка (сын 2000 г.р.,). О судьбе своего сына ничего не знает, последний раз его видел в 2004 году, «да мать его от меня подальше отвезла в Никарагуа…» Проживает с матерью в отдельной благоустроенной квартире.

*Экспертный анамнез*: С момента прошлой выписки амбулаторно не лечился. В своей жизни не проработал и дня. На учете В ЦЗН не состоит.

*Перенесенные заболевания*: в анамнезе Экзема с 16 лет, «но сейчас уже излечился», грыжесечение (паховая слева). ЗЧМТ неоднократно, последняя, в мае 2011: перелом лицевой кости, сотрясение головного мозга (в драке ударили камнем по лицу). Судорожные припадки, операции, алкогольные психозы и другие соматические заболевания отрицает.

*Аллергологический анамнез* не отягощён.

*Эпиданамнез:* Вирусный гепатит «С», ВИЧ инфекция с 2006 года. Состоит на учете в МГЦ СПИД. Данные иммунного статуса- 399 СД 4 и вирусной нагрузки -0 коп/мл. ВААРТ назначена, старается принимать регулярно. Туберкулез, другие вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает. В течение последних 3-х месяцев контакты с инфекционными больными отрицает. Корью не болел, контактов с больными корью не имел. За пределы Москвы за последние 7 месяцев выезжал, в МО, поселок. Михнево. Медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за последние 7 месяцев не проводились. Флюорография ОГК, 12.10.2017 в КФ № 1 - Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Прививочный статус неизвестен. Прививку от гриппа не получал.

*Соматический статус*: Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Множественные татуировки различного содержаний на коже всего тела. Периферические сосуды, контурируются подкожно, доступны, следов от инъекций нет. Зев чистый. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Легкие- дыхание жесткое, хрипов нет. Cor – тоны ясные, ритмичные. ЧСС – 80 в 1 мин. АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - +2 см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус*: Зрачки умеренно расширены, OD=OS. Фотореакция вялая. Лицо симметричное, язык при высовывании по средней линии. Координационные пробы выполняет с промахиванием. В позе Ромберга пошатывается. Сухожильные рефлексы D=S. Без очаговой и менингиальной симптоматики на момент осмотра.

*Психический статус*: Больной пришёл в кабинет по приглашению врача самостоятельно, в сопровождении палатной медсестры. Войдя поздоровался. Присел на предложенный стул. Сел, приняв удобную позу. Внешне выглядит достаточно опрятно. Переодет в больничную пижаму. Встретил врача настороженно. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступен. Ориентирован правильно, полностью. На вопросы отвечает по существу, адекватно, малословно, после непродолжительной паузы, иногда переспрашивает вопрос. Голос достаточно громкий, монотонный, темп речи замедленный. Во время беседы суетлив, неусидчив, дистанцию соблюдает. Память на прошедшие события снижена. С трудом вспоминает события и даты, когда они происходили, путается в хронологии заболевания. Мышление логичное. Круг интересов сужен. Интеллект соответствует полученному опыту. Настроение снижено, фиксирован на плохом самочувствии, ожидает дальнейшего ухудшения состояния, просит помощи, «боюсь не будет сна, бессонница меня изматывает, мне б чего посильнее, я же не простой алкоголик, не будет сна выпишусь». Критика к заболеванию на низком уровне. Установка на лечение ситуационно-обусловленная. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых, суицидальных идей не высказывает.

**Клинико-лабораторные обследования:** Анти HCV - пол. от 16.10.2017HBS (ag) - отр. от 16.10.2017, ВИЧ (ag) - ИФА от 17.10.2017 №236405, ИБ от 23.01.2006 №1419, Сифилис RPR - отр. от 16.10.2017

**Биохимический анализ крови**: от 12.10.2017: Urea-3,4, Creatinine-105, T_Bilirubin-20,1, D_Bilirubin-9,8, Amylase-62, ALT-896, AST-1063, GGT-436, Glucose_OX-6,4,

**Клинический анализ крови**: от 12.10.2017: Hgb-156, Rbc-4,03, PLT-159, Wbc-6,1, СОЭ.-2,

**Общий анализ мочи:** от 12.10.2017: УделВес-1025, pH-6, Эпит.- в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- 0-2в п/зр в пол.зр.,

**ФЛГ**: от 12.10.2017:(0,037 МКЗВ) Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.Корни структурны. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободны. Сердце. Аорта б/особенностей.

**ЭКГ:** от 12.10.2017: Ритм синусовый ЧСС 101 уд в 1 мин. Резкое отклонение ЭОС. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса,

**УЗИ ОБП**: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Микронефролитиаз.

**Осмотрен специалистами:** Терапевт: от 19.10.2017. Другие хронические панкреатиты K86.1, Мочекаменная болезнь. Камни почки и мочеточника N20, Инфекционист: от 17.10.2017. Хронический вирусный гепатит С B18.2, ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии B22.0, Токсический гепатит K71.2,

**Лечение:** tab. Carbamazepini 0.2 1-1-1-1 № 10; sol. Phenazepami 0.1% - 3,0 в/м на ночь № 5 и перед капельницей 2,0 в/м № 5; sol. Natrii chloridae 0,9 % - 400,0 sol. Magnesii sulfatis 25% - 10,0 sol. Acidi ascorbinici 5% - 5,0 в/в капельно 20 кап/мин. № 5;sol. Kalii chloride 4% - 10,0 sol. Ryboxini 2% - 10,0,8. Sol. Reamberini 400.0 ив/в капельно 60 кап/мин № 5,9. Sol. Tiamini chloridae 5% -3,0 в/м чередовать с Sol. Piridoxini hydrochloridae 5% -3,0 в/м № 15;10. Sol. Mexiphini 4.0 в/м 14:00 и 22:00 № 511. Tab. Pagluferali № 3 0-1-1-2 № 7;12. Tab. Pantogami 0.25 2-2-2-2 № 10; 13. Tab. Glicini 0.1 3-3-3-5 № 10 рассасывать; Tab. Sulpiridi 0.2 1-1-1-0 № 15

**Состояние при выписке**:

Состояние больного удовлетворительное, жалоб не высказывает. Самочувствие хорошее. Ночной сон спокойный, сновидения нейтрального содержания. За время лечения отмечались изменения личности по дистимическому типу, которые на фоне терапии нивелировались. Поведение в отделении упорядоченное, интересуется проводимым лечением, общается с выздоравливающими больными. За время лечения явления абстинентного синдрома купированы, нормализовались его сон и аппетит, выровнялся эмоциональный фон. Проводилась психотерапевтическая работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния пациента, предотвращение развития рецидива заболевания, что позволило добиться активного участия больного в лечебно-реабилитационном процессе, прохождению им полного курса лечения. Перед выпиской дезактуализировалось и патологическое влечение к опьянению. Эмоциональный фон устойчивый, настроение ровное. В продолжающейся психотерапевтической работе, больной высказывает элементы критики к своему заболеванию, строит реальные планы на будущее.

Выписывается из стационара по окончанию лечения, в удовлетворительном состоянии. Трудоспособность восстановлена полностью.

Прогноз при выписке - сомнительный. Учитывая ВИЧ-ассоциированную, токсическую энцефалопатию, которая затрудняет формирование у пациента устойчивой критики к заболеванию, то, что больной постоянно отказывается и уклоняется от лечения в условиях диспансера по месту жительства. А также, то, что пациент выписывается в

прежние социальные условия, велика вероятность обострения заболевания сразу же после выписки из стационара. В связи с вышеизложенным, рекомендовано наблюдение в филиале МНПЦ (НД) по м/ж.

Предупрежден о необходимости посетить психиатра-нарколога, невролога, терапевта по м/ж, инфекциониста в МГЦ СПИД, пройти амбулаторную реабилитационную программу.

О социально правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждён.

Выполнен стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением алкоголя

Рекомендовано: седативная и общеукрепляющая терапия, наблюдение психиатра-нарколога, терапевта и невролога по месту жительства. Инфекциониста в МГЦ СПИД. Рекомендации: Тав. Carbamazepini 0,2 по 1 таб. 3 раза в день №30, Тав. Pantogami 0,25 по 1 таб. 3 раза в день № 30. При рецидиве заболевания рекомендована повторная госпитализация.

**Задания:**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении?
2. Сформулируйте диагноз при выписке (клинический)?
3. Сформулируйте диагнозы специалистов: терапевта.
4. Перечислите выполненные этапы лечения согласно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ»

**Задача № 7**

**Пациент: Максим. В, 22.08.1993**

**Поступил: 13.10.2017**

**Выписан: 10.11.2017**

*Диагноз при поступлении*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2

Диагноз при выписке: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2. Алкогольная жировая дистрофия печени К70.0, Хронический панкреатит алкогольной этиологии К86.0, Бронхиальная астма атопического течения, ремиссия J45.0,

Жалоб не предъявляет.

*Катамнез:* На лечение в КФ №1 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» поступает повторно, многократно, добровольно, по личному заявлению. Последняя выписка из 7н/о 13.10.2017. после полного курса лечения для дальнейшего прохождения медицинской реабилитации в условиях 5 н/о.

Из архивной истории болезни: Наследственность отягощена алкоголизмом деда со стороны матери. Родился в Москве, в семье служащих первым ребенком. Про течение беременности и родов у матери, а также ранее развитие ничего не знает. Снохождения, сноговорения, энурез отрицает. Родителей характеризует как спокойных людей, мама всегда «очень заботилась, и это вызывает у меня раздражение». Рос в условиях гиперопеки со стороны матери. Пациент помнит себя с 5 лет, был общительным ребенком. В детский

сад ходил. В школу пошел с 7 лет, по общеобразовательным предметам учился удовлетворительно, с интересом. Предпочтений в предметах не было. Был усидчивым, внимательным. Был общительным, активным подростком. По характеру в пубертатный криз не менялся, но отмечает, что стал хуже учиться, «появились тройки», объясняет это тем, что проводил больше времени в компании друзей и сверстников. Первая проба алкоголя 18 лет, состояние опьянения понравилось, испытал улучшение настроения, веселости, активности. Закончил 11 классов, затем поступил ИГУ, обучался около года. В течение первого курса стал больше употреблять алкоголь, выпивал 2-3 раза в неделю, пиво или вино до 0,5 литров, в течение года был утрачен количественный контроль, мог выпить до 2,0 литров и состояния «довольно выраженного» опьянения. В связи с участившимися приемами алкоголя стал пропускать занятия. В конце первого курса был отчислен в связи с прогулами. Далее нигде не учился, в армии не служил (не годен из-за астмы). Стал работать менеджером по продажам. В течение 5 лет сменил 6 мест работы. К 22 годам стал выпивать по 2 дня подряд, преимущественно в выходные дни, 3-4 раза в месяц. Светлые промежутки были до 1-2 недель, обусловлены давлением родственников, необходимостью работать. В течение года подобного употребления алкоголя был сформирован алкогольный абстинентный синдром с соматовегетативными проявлениями. В течение последнего года употребляет алкоголь в форме псевдозапойного употребления с толерантностью до 3,0 литров слабоалкогольных напитков (пиво, вино, шампанское) в сутки. Светлые промежутки не более недели, обусловлены давлением родственников и отсутствием денег. Последний "запой" 2 дня с толерантностью до 3,0 литров пива или вина в сутки. Последнее употребление алкоголя 02.10.17 0,5 литра слабоалкогольных напитков (шампанское). Проживает один, холост, детей нет. Судимости отрицает.

*Экспертный анамнез*: 28.09.10 уволился из ООО «Книжный лабиринт», менеджер по продажам. В течение года л\н не пользовался, в ЦЗН не состоит.

*Перенесенные заболевания*: ЧМТ, хронические заболевания, операции отрицает.

*Аллергоанамнез* бронхиальная астма в детстве, вазомоторный ринит на шерсть кошек и собак.

*Эпиданамнез:* Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты и их маркеры, ВИЧ отрицает. Контакт с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев отрицает. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за последние 7 месяцев проводились в МНПЦ КФ№1 в мае 2017 года. ФЛГ - обследование 04.10.17 года в МНПЦ КФ№1 - органы грудной клетки без патологии. Прививочный анамнез не известен.

*Соматический статус:* Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски и нормальной влажности. Язык обложен серым налётом, влажный. При аускультации в легких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. PS ритмичный, ЧСС 75 в мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания всеми отделами. Нижняя граница печени +2 см ниже края реберной дуги. Стул и диурез в норме.

*Неврологический статус:* Зрачки равновеликие, немного расширены, фотореакция нормальная. Сухожильные рефлексы без разницы сторон. Двигательная и чувствительная сферы без нарушений. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет правильно.

*Психический статус:* На осмотр пришел после вызова, самостоятельно. Сел на предложенный стул в свободной позе. Одет аккуратно, причесан, больничная пижама застегнута. Выражение лица напряженное. Мимика живая, взгляд настойчивый. В беседу с врачом вступает активно. Голос тихий, монотонный. На вопросы отвечает кратко. Сознание не помрачено. В месте, времени и собственной личности ориентирован всесторонне, верно. Продуктивному контакту доступен. Степень алкоголизации не преуменьшает. Фон настроения снижен. Критика к своему состоянию недостаточная, о своем заболевании говорит отстраненно, суждения легковесные, поверхностные. Отмечает снижение памяти на текущие события в последние годы, повышенную утомляемость. На момент осмотра бреда, галлюцинаций не выявляет, в поведении не проявляет, наличие их в прошлом отрицает. Суицидальные мысли отрицает, в поведении не обнаруживает. Настроен на прохождение полного курса медицинской реабилитации.

*Клинико-лабораторные обследования*:

Анти HCV - отр. от 06.10.2017,

HBS (ag) - отр. от 06.10.2017,

ВИЧ (ag) - отр. от 06.10.2017,

Сифилис RPR - отр. от 06.10.2017.

Биохимический анализ крови: от 14.10.2017: Protein-72,9, Urea-3,5, Creatinine-109, Cholesterol-4,72, Triglycerides-1,63, T_Bilirubin-7,8, D_Bilirubin-3,6, Amylase-50, ALT-29, AST-23,4, GGT-36,

Клинический анализ крови: от 14.10.2017: Hgb-166, Rbc-5,34, PLT-228, Wbc-5,9, СОЭ. -2,

Общий анализ мочи: от 14.10.2017: УделВес-1025, pH-6, Эпит.-мало, Лейк.-3-7 в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр., Слизь-мало,

ФЛГ: от 13.10.2017: В лёгких, на момент исследования, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких структурные. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей.

ЭКГ: от 16.10.2017: Синусовый ритм, ЧСС 72 в мин. Нормальное положение ЭОС.

УЗИ: от 13.10.2017: Эхо-признаки диффузных изменений паренхимы печени с увеличением её размеров. Диффузные изменения поджелудочной железы.

*Осмотрен специалистами*:

Терапевт: от 09.10.2017. Алкогольная жировая дистрофия печени K70.0, Хронический панкреатит алкогольной этиологии K86.0, Бронхиальная астма атопического течения, ремиссия J45.0, Лечение: Tab. Carbamazepini 0.4, Tab. Glycini 1.6, Cap. Vinpotropini 2.43, Tab. Adepress 0.04,

Caps. Phosphoglivi.

Tab. Haloperidoli 0.02, Tab. Amitriptylini 0.1.

Состояние при выписке: Состояние больного удовлетворительное, жалоб не высказывает. Самочувствие хорошее. Ночной сон спокойный, сновидения нейтрального содержания. За время лечения отмечались изменения личности по астеническому типу, которые на фоне терапии нивелировались. Поведение в отделении упорядоченное, интересовался проводимым лечением, общался с выздоравливающими больными. Прошел полный курс групповой психокоррекции и медицинской реабилитации. В процессе работы с психологом стал критичнее к собственному состоянию и заболеванию. За время лечения нормализовались его сон и аппетит, выровнялся эмоциональный фон.

Проводилась психотерапевтическая работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния пациента, предотвращение развития рецидива заболевания, что позволило добиться активного участия больного в лечебно-реабилитационном процессе, прохождению им полного курса лечения. Перед выпиской дезактуализировалось и патологическое влечение к опьянению. Эмоциональный фон устойчивый, настроение ровное. В продолжающейся психотерапевтической работе, больной высказывает элементы критики к своему заболеванию, строит реальные планы на будущее. Планирует после выписки посещать собрания групп «Анонимные алкоголики». Выписывается из стационара по окончанию лечения, в удовлетворительном состоянии. Пациент мотивирован на амбулаторную реабилитацию.

Прогноз при выписке - сомнительный. Трудоспособность восстановлена полностью. Учитывая алкогольную энцефалопатию, которая затрудняет формирование у пациента устойчивой критики к заболеванию, то, что больной постоянно отказывается и уклоняется от лечения в условиях диспансера по месту жительства. А также, то, что пациент выписывается в прежние социальные условия, велика вероятность обострения заболевания после выписки из стационара. В связи с вышеизложенным, рекомендовано наблюдение в филиале ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (НД) по месту жительства. Проведено окончательное консультирование по результатам обследования на ВИЧ инфекцию.

Предупрежден о необходимости посетить психиатра-нарколога, невролога, терапевта по месту жительства. О социально правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждён. Выполнены стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных синдрома зависимости от алкоголя. Рекомендовано трезвый образ жизни. Посещение собраний групп «Анонимные алкоголики». Повторная госпитализация в случае обострения патологического влечения к ПАВ. Наблюдение психиатра-нарколога, терапевта и невролога по месту жительства. Рекомендации: Тав. Kalixta 0.03 по 2 таб. н/н № 30, Тав. Carbamazepini 0,2 по 1 таб. 3 раза в день №30, Тав. Pantogami 0,25 по 1 таб. 3 раза в день № 30. 1 раз в день №30. При рецидиве заболевания рекомендована повторная госпитализация в течение 3 месяцев. Пациенту рекомендовано продолжить лечение синдрома зависимости от алкоголя и амбулаторную реабилитационную программу в условиях филиала ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» НД по месту жительства.

**Задания:**

1.Сформулируйте клинический диагноз?

2. Какие клинико-лабораторные обследования необходимо провести данному пациенту?

3. Прогноз при выписке

4. рекомендации при выписке

**Задача № 8**

Пациент: Е., 05.03.1980

Поступила: 17.10.2017

Выписана: 01.11.2017

*Диагноз при поступлении*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром отмены опиоидов неосложненный F11.30.

*Диагноз при выписке:* Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости от опиоидов средней стадии. В настоящее

время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F11.21.2 Энцефалопатия токсического генеза. G 92. Полинейропатия нижних конечностей токсического генеза, дистальная форма G 62.8. Хронический вирусный гепатит С В 18.2 Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением других уточненных состояний. В 24.0 ТВС легких клинически излеченный с исходом в фиброз (2011г). В 16.1.

Жалобы: на влечение к состоянию опьянения, общую слабость, головную боль, боли в мышцах ног, спины, рук, тошноту, раздражительность, плохой сон.

*Катамнез (*со слов больной): госпитализируется в КФ № 1 ГБУЗ «МНПЦ Наркологии ДЗМ» повторно,10-й раз, по личному заявлению, в порядке самостоятельного обращения. Последняя выписка из 28 н.о. в январе 2017 г. Была переведена на реабилитацию, где находилась по 10 апреля. Ремиссия на протяжении 4-х месяцев. Срыв получился на фоне разрыва отношений с мужем. Сформирован абстинентный синдром по развернутому типу с общей слабостью, внутренним дискомфортом, ознобом, ломотой в теле, плохим сном, влечением к наркотикам. Изменилась по характеру – стала рассеянной, раздражительной, невнимательной к родным. Возобновила употребление сначала метадоном, а последние 10-ть дней ежедневно употребляла героин в дозе 0,5 гр. на 1 инъекцию в день. Последнее употребление героина 16.10.2017г. в 14 часов дня приняла героин 0,5 гр. в/м.

Употребление героина с 1997 года (17 лет), по «совету друга» (наркозависимого) попробовала раствор порошка героина, сразу внутривенно, ощущала лёгкость, приятные ощущения, зуд, тёплые «волны», во всём теле, благодушие, сонливость. Поэтому очень быстро от эпизодического употребления перешла на ежедневное. В начале в/в употребления толерантность к опиатам не превышала 0,05 гр. за 1 приём. Затем постепенно, для достижения более ярких ощущений стала повышать однократную дозу и частоту употребления героина. Появилась тяга к приятному состоянию, приводящему к положительным эмоциям. Но далее инъекции опиатов не приносили ощущения «кайфа», чтобы получить его необходимо было «разгонять дозу». Употребление раствора порошка героина носило ежедневное до 2-3 раза в сутки в/в (в/м). Толерантность тогда составляла около 3,0 гр. Передозировки отрицает. Неоднократно пыталась отказаться от употребления опиоидов. Самое длительное воздержание за весь период наркотизации с 2002г. по 2016г. (4 года). На учете в филиале МНПЦ (НД) по месту жительства состоит с 1998 года. Образование средне-специальное. Проживает с мужем, имеет дочь в возрасте 15 лет. Получает пособие по инвалидности (инвалид 3 гр.) Судимостей нет.

*Экспертный анамнез*: является инвалидом 3 группы, работает в ООО «Лидер», оператором по договору. Л/Н за последний год не пользовалась. По совместительству не работает. Открытых листков нетрудоспособности не имеет. Имеет полис ОМС.

*Перенесенные заболевания*: Инвалид 3 гр., по общему заболеванию. Пневмония в 2011г. Хронический гастрит. ЧМТ в 2002г., лечилась стационарно. Хронические соматические заболевания, эпиприпадки, психозы отрицает.

*Аллергоанамнез*- на баралгин - отек Квинке.

*Эпид. анамнез*: детские инфекции по возрасту. Туберкулез в 2012г., с 2013г. снята с учета. Прилагается направление из «Центра борьбы с туберкулезом» от 09.10.17г., Заключение: противопоказаний для нахождения в стационаре нет, эпидемиологически не опасна. ВИЧ с 1998г. Гепатит «С» с 1998 г. Венерические заболевания, инфекционные заболевания отрицает. Корью не болела. Контакт с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев не имела. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжала. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за

последние 7 месяцев проводились: внутримышечные инъекции в области верхней трети плеча с обеих сторон. Находилась в реанимации в сентябре 2017г. с передозировкой. ФГ - обследование от 27.09.2017г. Прививочный анамнез не известен.

*Соматический статус*: Общее состояние удовлетворительное. Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа обычной окраски и влажности. Периферические сосуды не контурируются под кожей, недоступны. Старые следы от инъекций в области ягодиц. Следы от внутримышечных инъекций в области верхней трети плеча с обеих сторон. Подмышечные и подчелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненны, упругоэластичны, подвижны. Язык обложен белесоватым налетом. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное, проводиться во всех отделах грудной клетки, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 110/70, PS 95 уд. в мин. Т тела 36,5 0С. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме. Костно-суставная система без видимой деформации. Отеков нет.

*Неврологический статус*: Походка не уверенная, шаткая. но старается передвигаться самостоятельно. В позе Ромберга не устойчива. Пальценосовые пробы выполняет с ошибками. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равновелики, умерено расширены. Фотореакция вялая. Отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Болевая чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы снижены. Патологических рефлексов нет. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

*Психический статус*: В кабинет врача входит по приглашению, самостоятельно. Одета в больничную одежду, опрятна. Села на предложенный стул, приняла свободную позу, стала поддерживать пассивно разговор и визуальный контакт. Выражение лица - застывшая улыбка, речь внятная. Движения и жестикуляция активные. Ориентирована в месте, времени и собственной личности правильно. Фон настроения благодушный, но ожидает ухудшения состояния. На вопросы отвечает в плане заданного, после длительной паузы, словарный запас скудный. Речь спокойная, эмоционально окрашена слабо, ответы формальные. Голос громкий. Круг интересов ограничен удовлетворением физиологических потребностей и поисками ПАВ. Отмечает, что в последнее время труднее стало трудно запоминать информацию, стала быстрее уставать. Связывает это с наркотизацией. Суицидальные мысли отрицает, в поведении не обнаруживает. Психопродуктивной симптоматики и обманов восприятия не выявлено. На дальнейшее лечение настроена формально. Обманов восприятия не обнаруживает. Бредовых, суицидальных идей не высказывает.

*Клинико-лабораторные обследования*:

Анти HCV - пол. от 18.10.2017 HBS (ag) - отр. от 18.10.2017

ВИЧ (ag) – пол. ИБ+ №104 от 20.01.2000г. Сифилис RPR – пол. от 18.10.2017 ДЗ: Остаточные серологические реакции перенесенного ранее сифилиса.

Биохимический анализ крови: от 18.10.2017: Protein-73,3, Albumin-44,4, Urea-3,6, Creatinine-87, T_Bilirubin-3,1, Amylase-39,9, ALT-38, AST-37,1, GGT-26, Glucose_OX-3,5,

Клинический анализ крови: от 18.10.2017: Hgb-120, Rbc-4,33, PLT-247, Wbc-6,3, Базофилы-0,4, Пал.-0,3, Лимф.-1,7, Моноциты-0,6, СОЭ.-13,

Общий анализ мочи: от 18.10.2017: Белок-0,01, Эпит.- в п/зр, Лейк.- 75 в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 10.11.2016: В легких на момент обследования очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Малая междолевая плевра справа подчеркнута. Корни лёгких структурны. Купола диафрагмы расположены обычно.Сердце ,аорта без особенностей., МКЗВ 29

ЭКГ: от 17.10.17г. Ритм синусовый, правильный. 74 уд. в мин. нормальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

*Осмотрен специалистами*:

31.10.17г. невролог, заключение: Энцефалопатия токсического генеза. G 92. Полинейропатия нижних конечностей токсического генеза, дистальная форма G 62.8/

31.10/17Терапевт, заключение: Заболевание, вызванное ВИЧ. В 24.0 Хронический вирусный гепатит С В 18.2 ТВС легких. Клинически излеченный. В 16.1.

31.10.17г. Инфекционист. Болезнь, вызванная ВИЧ с проявлением других уточненных состояний. В 24.0 Хронический вирусный гепатит С В 18.2 ТВС легких клинически излеченный с исходом в фиброз (2011г). В 16.1.

Лечение: Выполнены стандарты купирования синдрома отмены опиоидов, проведена детоксикационная, симптоматическая, общеукрепляющая, психотропная терапия, психотерапия в соответствии со стандартами (моделями протоколов) специализированной медицинской помощи наркологическим больным: T. Finlepsini 500 mg. в сутки, T. Thiodazini до 25,0 мг в сутки; T.Pagluferali -2 до 3 таблеток; Tab Carsili 1 х 3 раза; Tab Mexidoli 0,125 1 х 3 раза; Tab. Chloprotexeni 50 mg. н/н. Tab. Aminaloni по 1 табл. 3 раза в день, ноотропы, витамины, гепатопротекторы.

*Состояние при выписке:*

В отделении проведена детоксикационная, симптоматическая, общеукрепляющая, сенсибилизирующая, психотропная терапия, психотерапия. Выполнены стандарты лечения купирования синдрома отмены опиоидов. Общее состояние улучшилось. Купированы острые проявления абстинентного синдрома. Больная физически окрепла. Нормализовался сон и аппетит. Соматоневрологически с положительной динамикой. Стул и диурез без особенностей. В настоящее время жалоб активно не высказывает. Состояние удовлетворительное. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступна в полном объеме. Ориентирована в месте, в собственной личности и во времени правильно. Фон настроения ровный. Внешне спокойна. Обманов восприятия и ощущений не выявляется. Влечение к опиоидам отрицает, внешние признаки патологического влечения к опьянению не выявляются. Трезвеннические установки сформированы.

Решением ВК №1890 введен препарат «Вивитрол» 30.10.17г. 2 с дальнейшим наблюдением у врача в наркодиспансере по месту жительства. Режим отделения не нарушала. Больная выписывается из отделения по окончании курса лечения в удовлетворительном состоянии в сопровождении гражданского мужа. Рекомендовано наблюдение врача психиатра-нарколога в НД по месту жительства, прохождение реабилитационных программ; инфекциониста в МГЦ СПИД. Прогноз в плане ремиссии относительно благоприятный. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологических заболеваний, предупреждена. В неотложной наркологической помощи не нуждается. Даны рекомендации: полная трезвость; наблюдение у нарколога в НД по месту жительства, прохождение реабилитационных программ; Повторная госпитализация в МНПЦ наркологии ДЗМ в течение 3-х месяцев. Tab Finlepsini 200 mg на ночь № 5 Tab Carsili 1 х 3 раза № 30; Tab Mexidoli 0,125 1 х 3 раза № 30; Tab. Chloprotexeni 50 mg. н/н.

№30. Tab. Aminaloni по 1 табл. 3 раза в день №60. Sol. Vivitroli 380mg в/м х 1 раз в месяц, курс 12 месяцев.

Выдана справка № с 17.10.2017г. по 01.11.2017г. Трудоспособность восстановлена полностью.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Совместно с кем проводится осмотр пациента?
3. Сформулируйте диагноз при выписке
4. Какая терапия проведена в отделении

**Задача № 9**

**Пациента Елена Б., 01.04.1977**

**Поступил: 17.10.2017**

**Выписан: 13.11.2017**

*Диагноз при поступлении*:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром отмены неосложненный F19.30H.

*Диагноз при выписке*:

Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром зависимости средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F19.21.2H

ВИЧ-инфекция ст3 субклиническая В23.1., Хронический вирусный гепатит С В18.2, Хронический вирусный гепатит В В18.1.

*Жалобы* на влечение к наркотику, слабость, чувство внутреннего дискомфорта, выраженные выкручивающие боли в ногах, спине, озноб, потливость, нарушенный сон.

*Катамнез со слов больной*: Поступает на лечение повторно, 14 раз (2-й в 2017г.), на купирование синдрома отмены. Предыдущая выписка из КФ№1 в мае 2017г. Ремиссии не было. Срыв произошел на фоне выраженного влечения к опьянению. Первые пробы героина в 25 лет (2003г.) внутривенно в компании друзей, состояние опьянения не понравилось, была тошнота, рвота, после этого отказалась от употребления наркотика. Через полгода перешла на систематическое употребление героина. Через месяц систематического приема героина сформировалась психическая и физическая зависимость от опиоидов, абстинентный синдром в виде комплекса соматовегетативных и психических расстройств с выраженным влечением к опьянению через 6-8 часов после последнего приема героина, проявляющийся в виде болей в суставах и мышцах нижних конечностей, снижения настроения, болей в животе, потери аппетита, слабости, подавленности, озноба. За весь период наркотизации длительных ремиссий не отмечалось. В настоящее время, последние 6 месяцев, употребляет героин, метадон, тропикамид, лирику, трамадол. Толерантность к героину выросла до 2,0г. в сутки на 2 приема внутривенно. Последнее употребление героина 16.10.2017г. вечером 1,0г. 17.10.17 утром 500мг трамадола и 600мг прегабалина в14:00.

*Из анамнеза жизни, со слов пациентки* на учете в НД состоит 2010г. Образование среднее-специальное, по специальности юрист-правовед. Не замужем, имеет дочь 22-х лет,

проживает с мамой, дочерью и внуком. Была судима дважды по ст. 158, одна судимость погашена, вторая в настоящее время. Поступает по решению суда.

*Экспертный анамнез*: Не работает около 8 лет в л/н не нуждается; на учете в ЦЗН не состоит; полис ОМС имеет; не имеет группу инвалидности; на больничном листке за последний год не пребывала; открытого л/н нет. на учете в ЦЗН не состоит. В листке нетрудоспособности не нуждается.

*Перенесенные заболевания*: простудные; детские инфекции; ЧМТ отрицает, хр. пиелонефрит; язвенная болезнь желудка; Оперирована по поводу кесарева сечения 23 года назад.

Психозы, эпиприпадки отрицает.

*Эпиданамнез:* вен. заболевания, туберкулез, вирусные гепатит А и В, и другие инфекционные заболевания отрицает. Гепатит С с 2010г. ВИЧ-инфекция впервые выявленная 14.02.2017г., на учет в МГЦ СПИД встала. Контакты с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев отрицает. Корью и ветряной оспой не болела. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых не отрицает- инъекции наркотика в/м в области верхней трети плеча с обеих сторон, на ягодицах и бедрах, проводился забор крови в МГЦ СПИД в феврале 2017г. Прививочный статус не известен. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжала. ФГ-обследование 27.04.2017г. в КФ №1-без патологии.

*Гинекологический анамнез*: менструации с 14 лет, болезненные, нерегулярные, последняя на момент поступлениея. Беременностей-3, родов-1, абортов-2.

*Аллергоанамнез*: не отягощен.

*Соматический статус*: Общее состояние удовлетворительное. Высокого роста, правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные; на предплечьях с обеих сторон следы от внутривенных инъекций различной степени давности. Следы и уплотнения и рубцы от в/м аутоинъекций героина на верхней трети плеча с обеих сторон, на ягодицах и бедрах. Под левой ягодицей рубец после ожога. Ссадина на переносице, без признаков воспаления, параорбитальная гематома справа. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 79 в мин, Т36,5. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Дизурии нет.

*Неврологический статус*: очаговой неврологической патологии не выявлено. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки S=D, обычной величины. Сухожильные рефлексы S=D, снижены. В позе Ромберга пошатывается. Тремор пальцев вытянутых рук. Координационные пробы выполняет с негрубым промахиванием.

*Психический статус*: Со слов медперсонала ночь спала, сон медикаментозный. Сознание сохранено. Ориентирована в месте, времени, собственной личности верно. Контакту доступна, в беседу вступает неохотно, на вопросы отвечает по-существу, односложно. Внешне опрятна. Мимика вялая. Фон настроения снижен, раздражительна. Эмоционально лабильна. Влечение к наркотику сохраняется. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. Суицидальные мысли отрицает. Память не нарушена. Мышление последовательное. Критика к заболеванию формальная. Установка на лечение вынужденная.

*Клинико-лабораторные обследования*:

Анти HCV - пол. от 20.10.2017 HBS (ag) - отр. от 20.10.2017 ВИЧ (ag) - отр. от 17.10.2017 Сифилис RPR - отр. от 20.10.2017

Биохимический анализ крови: от 18.10.2017: Protein-79,7, Albumin-43, Urea-4, Creatinine-85, T_Bilirubin-5,2, D_Bilirubin-3, Amylase-31,9, ALT-19, AST-20,4, GGT-79, Glucose_OX-4,4,

Клинический анализ крови: от 18.10.2017: Hgb-126, Rbc-4,41, PLT-278, Wbc-7,7, Базофилы-0,2, Эозинофилы-0,1, Лимф. -3,3, Моноциты-0,6, СОЭ. -41,

Общий анализ мочи: от 17.10.2017: УделВес-1,015, Эпит.- в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 27.04.2017: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.Корни структурны. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободны. Сердце. Аорта б/особенностей., МКЗВ 28

ЭКГ: от 17.10.2017: Вертикальное положение ЭОС. Повышение электрической активности правого предсердия. Синдром ранней реполяризации желудочков.,

*Осмотрена специалистами*:

Инфекционист: от 24.10.2017. ВИЧ-инфекция ст3 субклиническая В23.1., Хронический вирусный гепатит С В18.2, Хронический вирусный гепатит В В18.1,

Лечение: Выполнены стандарты купирования синдрома отмены и лечения синдрома зависимости наркологических больных, проведена детоксикационная, симптоматическая, общеукрепляющая, психотропная терапия, психотерапия в соответствии со стандартами (моделями протоколов) специализированной медицинской помощи наркологическим больным: T. Finlepsini 500 mg. в сутки, T. Thiodazini до 25,0 мг в сутки; T.Pagluferali -2 до 3 таблеток; Tab Carsili 1 х 3 раза; Tab Mexidoli 0,125 1 х 3 раза; Tab. Chloprotexeni 50 mg. н/н. Tab. Aminaloni по 1 табл. 3 раза в день.

*Состояние при выписке:*

В отделении лечение проводилось в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи при синдроме отмены и синдроме зависимости от нескольких ПАВ. Выполнены стандарты лечения синдрома отмены, синдрома зависимости от нескольких ПАВ.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на здоровье не предъявляет. Ночной сон достаточный. Аппетит восстановлен. Сомато - неврологически с положительной динамикой. Пациентка физически окрепла. Лицо симметричное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот спокоен. Стул и диурез без особенностей. АД 120/80мм.рт.ст., пульс 76 в мин. Температура тела 36,6 град. Ц. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в месте, времени и в собственной личности правильно. Фон настроения ровный. Внешне спокойна. Активной психопродуктивной симптоматики (бред, галлюцинации) на момент осмотра у себя не обнаруживает. Влечение к ПАВ отрицает, поведением не обнаруживает. Строит планы на будущее. Собирается прекратить общение с зависимым от ПАВ окружением, устроиться на работу. Суицидальные мысли (на момент осмотра) не высказывает, поведением не обнаруживает. В отделении была активна. К лечению относилась добросовестно. Интересовалась результатами анализов. Режим в отделении не нарушала. В трудовых процессах участия принимала. Занятия с психологом посещала. В неотложной наркологической помощи не нуждается.

Выписывается из отделения в связи с окончанием лечения в удовлетворительном состоянии.

Категорически отказалась от участия в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием лекарственного препарата НАЛОКСОН.

Отделение покинула самостоятельно. Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

*Рекомендации при выписке*: строгое соблюдение режима трезвости; наблюдение и прохождение курса реабилитационных программ в НД по месту жительства, наблюдение инфекциониста МГЦ СПИД. Поддерживающее лечение: T. Naltrexoni 50mg x 1 раз в день утром, курс 6 месяцев; T. Chlorprothixeni 50mg на ночь, курс 14 дней; T. Mirtazonali 30mg на ночь, курс 1 месяц; T. Carbamazepini 100mg x 3 раза в день, курс 1 месяц.

О социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждена. От стационарной реабилитации отказалась.

Принимая во внимание особенности течения заболевания, и возможное раннее обострение рекомендована повторная госпитализация в ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ для прохождения курса лечения.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сформулируйте диагноз при выписке
3. Какое лечение проводилось в отделении в соответствии со стандартами оказания специализированной медицинской помощи при синдроме отмены и синдроме зависимости от нескольких ПАВ
4. Какой лекарственный препарат используется в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ

**Задача № 10**

**Пациент: Евгений А., 12.02.1985**

**Поступил: 17.10.2017**

**Выписан: 03.11.2017**

*Диагноз при поступлении:*

Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления психоактивных веществ (опиоидов, алкоголя). Синдром отмены алкоголя неосложненный. F 19.30H

*Диагноз при выписке:*

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Синдром зависимости от ПАВ (опиоиды, алкоголь) 2 ст. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление. F 19.212H

Хронический вирусный гепатит С B18.2,

*Жалобы:* на общую слабость, отсутствие аппетита, сна, головокружение, влечение к ПАВ, дискомфорт, поверхностный сон с частыми пробуждениями.

*Катамнез:* Поступил на лечение в КФ№1 МНПЦН повторно, по личному заявлению.

Последняя выписка за два дня до поступления. Сразу возобновил алкоголизацию, выпивал за день до 1.5л крепкого алкоголя за сутки.

Впервые попробовал наркотические препараты (опиоиды) в 2004 г. в возрасте 19 лет, сразу путем внутривенного введения. В течение 1 года наркотизация носила эпизодический характер. Перешел на систематическое употребление с 2005г.

Абстинентный синдром сформировался спустя 2 месяца с начала систематического злоупотребления наркотиками. В настоящий момент носит развернутый характер и протекает в виде: навязчивого влечения к наркотику, подавленности, снижения настроения, нарушения сна, потливости, озноба, в виде выкручивающих болей в суставах и мышцах. Продолжительность его сейчас увеличилась до 7-ми-8-ми суток. Влечение к наркотику в настоящий момент носит постоянный, навязчивый характер. Эйфоризирующий эффект стал менее выраженным и более коротким по продолжительности. Сам больной отмечает, что в последнее время настроение стало сниженным, отмечает повышенную раздражительность (особенно вне наркотизации), снижение памяти, побуждений и интересов, нарушение сна, снижение работоспособности. Отмечает безразличие к близким. Часто страдает простудными заболеваниями, вены склерозированы, прогрессирует кариес, что не приостановило употребление ПАВ. Ремиссии отрицает.

Поступлению предшествовала непрерывная алкоголизация в течение нескольких лет. С марта 2016 года отрицает прием героина. На момент употребления суточная толерантность составляла 1,5 г героина на 2 приема. Систематически, с заместительной целью, употребляет алкоголь. Суточная толерантность в настоящий момент составляет около 1,0 л водки внутрь на 1-2 приема. Поступает на лечение в связи плохим самочувствием и невозможностью самостоятельно прервать наркотизацию. Последний прием ПАВ: в/в 09.10.17- героин в привычной дозе, 17.10.17 – 0,5л коньяка.

Образование неоконченное среднее. В армии не служил, фиктивный мед. отвод Судимостей нет. Холост, проживает с мамой, детей нет.

*Перенесенные заболевания*: В анамнезе простудные заболевания, цирроз печени, пневмония. Операции: аппендэктомия (2006г). ЧМТ, эпилептиформные припадки, алкогольные психозы, сахарный диабет отрицает.

*Аллергоанамнез:* отрицает.

*Эпиданамнез*: Является носителем анти- HCV.

Вирусный гепатит С и В, ВИЧ, туберкулез, венерические заболевания -отрицает.

1. Контакты с инфекционными больными за последние три месяца-отрицает.2. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал.3. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых за последние 7 месяцев-самостоятельно вводит наркотики в области: в переднюю поверхность левого предплечья в антисанитарных условиях, октябрь 2017г.-лечился в КФ№1 МНПЦ наркологии. 4. ФГ-исследование за последние 12 месяцев проводилось в приемном отделении КФ №1от 10.10.17 – без патологии.5. Прививочный статус неизвестен. Контакт с инфекционными больными и больными с диареей в течение последнего месяца отрицает. Болел ли ветряной оспой и корью в детстве сказать затрудняется.

Экспертный анамнез: Не работает, более года, на учете в ЦЗН не состоит.

*Соматический статус при поступлении*: Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Склеры инъецированы. Свежие следы и выцветающие гематомы от инъекций на предплечьях. Нарушения целостности костно-мышечной системы не выявлено. Зев чистый, налёта на миндалинах нет. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Ринорея. В легких дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. ЧДД-16. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 120/80 мм.рт.ст. PS= 80. Темп 36,4. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 2 см от края ре¬берной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус при поступлении*: Походка неуверенная, шаткая. Зрачки расширены, OD=OS. Горизонтальный установочный нистагм. Фотореакция вялая. Лицо симметричное, язык по средней линии Координационные пробы: в позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет с замедлением. Сухожильные рефлексы оживлены, симметричные. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики не выявлено.

*Психический статус при поступлении*: Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступен. Ориентирован в месте, времени и в собственной личности правильно. В беседу вступает неохотно, на поставленные вопросы отвечает после непродолжительной паузы, по существу. В ходе диалога быстро истощается, замолкает, ссылаясь на плохое самочувствие. Держится на дистанции формально. В беседе лжив, скрытен, изворотлив. Сведения о себе сообщает довольно сумбурно. В сознании больного проблемы созданные наркотизацией искажены. Внимание рассеянное. Интеллект соответствует возрасту, полученному образо¬ванию и образу жизни. Вял, астенизирован. Жесты невыразительные, по теме беседы. Влечение к наркотику компульсивного характера. Критика к болезни отсутствует. Госпитализацию связывает только с плохим самочувствием, невозможность самостоятельно «остановиться». Патологического мышления, обманов восприятия, суицидальных тенденций на момент осмотра не выявлено. Пациент настроен на купирование абстинентного синдрома.

*Клинико-лабораторные обследования:*

Анти HCV - пол. от 17.10.2017;HBS (ag) - отр. от 17.10.2017

ВИЧ (ag) - отр. от 17.10.2017;Сифилис RPR - отр. от 17.10.2017

Биохимический анализ крови: от 17.10.2017: Protein-85, T_Bilirubin-4,6, D_Bilirubin-2,7, Amylase-65, ALT-25, AST-38, GGT-29, Glucose_OX-3,2,

Клинический анализ крови: от 17.10.2017: Hgb-160, Rbc-5,43, PLT-342, Wbc-10,4, СОЭ.-63,

Общий анализ мочи: от 17.10.2017: УделВес-1,019, pH-6,5, Белок-0,02, Эпит.- в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 02.08.2016: В лёгких, на момент исследования, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких структурные. Куполы диафрагмы расположены обычно. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей., МКЗВ 32

ЭКГ: от 17.10.2017: Синусоый ритм, ЧСС 112 в мин. Нормальное положение ЭОС. Нарушение метаболических процессов в миокарде.,

*Лечение:* Thiamini chloridi -2,0 в/м №5,Sol. Pyridoxini hydrochloridi -2,0 в/м №5,Tab. Riboxini 0,2 по 1 таб. 2р/д (у,в) внутрь № 7,Tab. “Gopantam” 0.25 внутрь по 1 таблетке 3 раза в день № 10,Tab Tiapridi 100мг по 1 таб 3раза(у,о,в)№10

Tab Chlorprothixeni 50мг 0-1таб-0-2таб №10,Sol. Natrii chloridi 0.9% – 400.0№2 ,Sol. Magnesii sulfatis 25% – 5,0 в/в №5,Sol Asparcami 10.0 в/в №5, Susp Vivitroli 380 мг в/м №1

ВК протокол №1910 от 01.11.17г: разрешить введение препарата «Вивитрол».

*Состояние при выписке*:

В результате проводимой терапии купированы проявления опийного абстинентного синдрома. Общее состояние удовлетворительное.

Ориентирован полностью верно. Нахождением в стационаре не тяготится, несогласия с требованиями надзора, режима стационара не высказывал. Предписанным назначениям следует аккуратно. Режиму подчиняется. Лечение переносит хорошо.

За время терапии полностью купирован опийный абстинентный синдром, наладился сон и аппетит, сформировалась установка на трезвый образ жизни. При осмотре врачом

жалоб не высказывает, отмечает значительное улучшение самочувствия. В присутствии врача больному введен препарат ВИВИТРОЛ 380 мг. Внутримышечно, в правую ягодицу.

Установка на трезвость высказывается больным достаточно уверенно, в значительной степени полагается на эффективность «ВИВИТРОЛА» при поддержании трезвости. Какой-либо психотической симптоматики не отмечается.

Выписывается по окончанию лечения в удовлетворительном состоянии с улучшением под наблюдение в НД.

Выписывается по окончании курса лечения с улучшением домой под наблюдение в НД по месту жительства с рекомендацией соблюдения строгого режима трезвости и приема поддерживающей терапии: Tab. "Lerivon" 0.03 по 1 таблетке 1 раз в день, на ночь №30, Tab. Truxali 0.025 по 2 таблетке на ночь № 30, Tab. Grandaxini 0,05 по 1 таб 3р/д внутрь №30, прохождение реабилитационных программ в амбулаторных условиях, контроль б/х ан. крови, наблюдение и лечение у терапевта, невролога, инфекциониста по м/жительства. Повторная госпитализация при возобновлении приема ПАВ. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием диагноза наркологического заболевания предупрежден.

Больной предупрежден о необходимости обращения к наркологу по месту жительства для дальнейшего амбулаторного наблюдения, лечения. Направлен в дневной стационар КФ№1 МНПЦН для продолжения курса лечения препаратом "Вивитрол".

Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

Выполнен этап лечения синдрома отмены соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ». Выполнен этап лечения синдрома зависимости соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

**ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сформулируйте диагноз при выписке
3. План лечения данного пациента, рекомендации по окончании лечения
4. Какие этапы лечения выполнены соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ».

**Задача № 11**
**Пациент: А, 10.11.1980**
**Поступил: 18.10.2017**
**Выписан: 09.11.2017**

*Диагноз при поступлении*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром отмены опиоидов неосложненный F11.30.

*Диагноз при выписке*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости от опиоидов средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F11.21.2 Хронический вирусный гепатит С B18.2, ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии B22.0, Анемия неуточненная D64.9, Хронический бронхит неуточненный J42, клинически излеченный

туберкулёз лёгких с исходом в плотные очаги (А 16.2). Тромбоцитопения неуточненная D69.6. Перелом правой лучевой кости в типичном месте.

*Жалобы* на внутренний дискомфорт, «умеренно выраженные выкручивающие» боли в спине и ногах, злобность, бессонница.

*Катамнез:* Госпитализируется в КФ № 1 ГБУЗ «МНПЦ Наркологии ДЗМ» повторно, добровольно, по личному заявлению и поликлиники КИБ № 2 в сопровождении жены, 3 раз, все в 2017 году. На учете в филиале МНПЦ (НД) по месту жительства состоит с 2017 года. Выписан 19.06.2017 г из 8 н/о в связи с окончанием лечения. Пациенту был введён препарат «ВИВИТРОЛ». Воздержание 1 месяц. Продолжать инъекции отказался: «была сильнейшая тяга, хотелось наркоты. Возобновил прием наркотика без видимых причин. В настоящее время вводит раствор, приготовленный из порошка героина внутримышечно до 0,3 гр. 1 раз в сутки или в 2 суток. В настоящее время опиоидный абстинентный синдром протекает по развернутому типу с выраженными соматоневрологическими, вегетативными и психическими проявлениями: с навязчивым влечением к наркотическому опьянению, снижением настроения, раздражительностью, нарушением сна и аппетита, потливостью, ознобом, выраженным алгическим синдромом. Продолжительность его составляет 10-12 суток. Последняя наркотизация 17.10.2017 года 0,3 грамма метадона.

*Из анамнеза*: Первое употребление ПАВ в 16 лет – курил анашу, ощущение не понравилось, поэтому курил от случая к случаю, когда предлагали, сам ее не искал, отошел от курения анаши, сразу, как только попробовал раствор порошка героина в 17 лет (1997 год), сразу внутривенно. Ощущения опийного наркотического опьянения понравились сразу же, ощущал лёгкость, приятные ощущения, зуд, тёплые «волны», во всём теле, благодушие, сонливость. Поэтому очень быстро от эпизодического употребления перешел на ежедневное. В начале в/в употребления толерантность к опиоидам не превышала 0,05г за 1 приём. Затем постепенно, для достижения более ярких ощущений стал повышать однократную дозу и частоту употребления героина. Появилась тяга к приятному состоянию, приводящему к положительным эмоциям. Но далее инъекции опиатов не приносили ощущения «кайфа», чтобы получить его необходимо было «разгонять дозу». Сформировался абстинентный синдром через 1,5 месяца от начала наркотизации по развернутому типу с общей слабостью, внутренним дискомфортом, ознобом, ломотой в теле, плохим сном, влечением к наркотикам. Теперь уже употреблял опиоиды, чтобы «снять» проявления «ломки», чувствовать себя нормально, заниматься делами, зарабатывать деньги, чтобы вновь купить «дозу». Изменился по характеру – стал рассеянным, раздражительным, невнимательным к родным. В 1999 году употребление порошка героина носило ежедневный характер, толерантность составляла около 3,0 гр. за 3-5 инъекций. Были передозировки, сколько не помнит.

Родился в г. Москве, младшим ребёнком из 2-х в полной семье. Мама была по характеру принципиальная, требовательная, «слишком умная, хочет, чтобы все было по нее». По специальности продавец, трагически погибла в автокатастрофе. Отец более покладистый и доброжелательный, «с отцом проще найти общий язык». По специальности снабженец, сейчас на пенсии, продолжает работать курьером. Родители полностью отрицают приём каких-либо ПАВ. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. Старший брат здоров. Окончив 9 классов, далее не учился. В армии не служил (судим). Сменил множество мест работы, преимущественно работая электриком. С 2014 кода нигде не работает. В ЦНЗ не состоит. Находится на иждивении отца и жены. Женат на женщине с двумя детьми, своих детей нет. Жена ВИЧ негативная, употребление ПАВ

отрицает. Проживает с ней и детьми в отдельной благоустроенной квартире. Судимость по 228 и 158 ст. УК. В МЛС провел в общей сложности 3 года. Перенесенные заболевания: хронический бронхит. Другие хронические соматические заболевания, эпи припадки, операции отрицает. ЗЧМТ 1 раз. Аллергоанамнез - не отягощен. Эпиданамнез: детские инфекции по возрасту. ВИЧ инфекция и гепатит С – с 2000 года. На учете в МГЦ СПИД состоит с 2001 г, но инфекциониста посещает нерегулярно. Данные иммунного статуса-СД 4 -42 клетки и вирусной нагрузки 49195 копий в 1 мл (по данным апреля 2017 года). ВААРТ назначена, старается принимать регулярно. Перенёс туберкулез правого лёгкого в 2014 г, но на учёте у фтизиатра наблюдается. Венерические заболевания, другие вирусные гепатиты и инфекционные заболевания отрицает. Корью не болел. Контакт с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев не имел. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, проводились: взятие анализов в КИБ №2 в апреле 2017 г., инъекции во время лечения в КФ № 1, также вводит наркотики внутривенно в обе подвздошные области. ФЛГ от 05.05.2017 в КФ №1: посттуберкулезные изменения справа, в остальном без патологии. Прививочный анамнез не известен.

*Экспертный анамнез*: Полис ОМС имеется. По профессии электрик. Последний раз работал в 2014 году. В настоящее время находится на иждивении жены. В листке нетрудоспособности не нуждается.

*Соматический статус*: Общее состояние средней степени тяжести. Больной правильного телосложения, достаточного питания. Кожа обычной окраски и влажности. Температура тела 36,5 0С. Следы от в/в инъекций в обоих паховых областях. Давние трофические расстройства на голенях. Зона гиперпигментации на лобке. Риноррея, слезотечение. Периферические сосуды не контурируются под кожей, труднодоступны. Подмышечные и подчелюстные, паховые лимфоузлы + 2,0 см, безболезненны, упругоэластичны, подвижны. Язык обложен белесоватым налетом. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, проводиться во всех отделах грудной клетки, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД =120/90 мм рт ст, PS 72 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме. Костно-суставная система без видимой деформации. Отеков нет.

*Неврологический статус*: Походка не изменена. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовые пробы выполняет с ошибками. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равновелики, умерено расширены. Фотореакция удовлетворительная. Отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Болевая чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы снижены. Патологических рефлексов нет. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

*Психический статус*: больной пришёл в кабинет по приглашению врача самостоятельно, в сопровождении медсестры. Войдя поздоровался. Присел на предложенный стул. Сел, стараясь принять удобную позу, часто меняет положение. Внешне выглядит не опрятно, не брит, волосы всклокочены. Переодет в больничную пижаму. Встретил врача настороженно. Сознание ясное. Продуктивному контакту доступен. Речь отрывистая, резкая. Настроение тревожно-тоскливое, фиксирован на плохом самочувствии, ожидает дальнейшего ухудшения состояния, просит помощи. Ориентирован правильно, полностью. На вопросы демонстративно отвечает только «да», «нет», «не

знаю», «зачем вам это надо». О себе сведения дает неохотно. Оживляется только на тему наркотизации. Во время беседы суетлив, неусидчив, дистанцию соблюдает. Память на прошедшие события снижена. С трудом вспоминает события и даты, когда они происходили. Путается в хронологии заболевания. Мышление логичное. Круг интересов сужен. Интеллект соответствует полученному опыту. Эмоциональный фон неустойчивый. Гипомимичен. Критика к заболеванию на низком уровне. Установка на лечение ситуационно-обусловленная. Сразу оговаривает сроки лечения: «не хотелось бы все 28!». Пациент настроен на курс лечения по купированию абстинентного синдрома. Обманов восприятия не обнаруживает. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Суицидальных идей не высказывает, в поведении не прослеживаются.

*Клинико-лабораторные обследования*: Анти HCV - пол. от 20.10.2017, HBS (ag) - отр. от 20.10.2017, ВИЧ (ag) – пол от 11.09.2013, ИБ (+) № 548486Сифилис RPR - отр. от 20.10. 2017.Биохимический анализ крови: от 18.10.2017: Protein-70,8, Urea-5,4, Creatinine-101, T_Bilirubin-4,6, D_Bilirubin-2,5, Amylase-22, ALT-19, AST-43, GGT-83, Glucose_OX-3,5,

Клинический анализ крови: от 18.10.2017: Hgb-88, Rbc-3,35, PLT-218, Wbc-4,2, Базофилы-2, Эозинофилы-3, Пал. -2, Сег.-55, Лимф.-30, Моноциты-8, СОЭ.-44,

Общий анализ мочи: от 18.10.2017: УделВес-1021, pH-6,5, Белок-0,07, Эпит.- в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр., ФЛГ: от 05.05.2017: Справа в надключичной области, определяется несколько плотных очагов. Корни лёгких структурные с мелкими пертификатами. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободные. Сердце и аорта без особенностей. ЭКГ: от 18.10.2017: (0,001 МКЗВ). Ритм синусовый, ЧСС 81 уд в 1 мин. Вертикальное положение ЭОС.,

*Осмотрен специалистами:*

Инфекционист: от 23.10.2017. Хронический вирусный гепатит С B18.2, ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии B22.0, Анемия неуточненная D64.9, Хронический бронхит неуточненный J42, Тромбоцитопения неуточненная D69.6, Травматолог поликлиники № 33: перелом правой лучевой кости в типичном месте. Лечение: Tab. Clopixoli 0,01 2-2-3-3 № 20,Tab. Gabapentini 0,3 1-1-1-1 № 10,Tab. Neurodoloni 0,1 1-1-1-1№ 10,Tab. Pantogami 0.25 2-2-2-2 №20 Sol. Tramadoli 5% -2.0 в/м в 14:00 и 22:00 №5 ,Sol. Tizercini 2.5% -2,0 в/м в 14:00 и 22:00 № 5, Tab. Amitriptilini 0,025 1-1-1-2 № 15,Tab. Phosphogliv 1-1-1-1 № 10,Tab. Vinpocetini 005 1-1-1-0 № 30, Tab. Carbamazepini 0,2 1-1-1-1 № 10, Tab. Sulpiridi 0,2 1-1-1-0 № 15

*Состояние при выписке:*

Состояние больного удовлетворительное, жалоб не высказывает. Самочувствие хорошее. Ночной сон спокойный, сновидения нейтрального содержания. За время лечения отмечались изменения личности по неустойчивому типу, которые на фоне терапии нивелировались. Поведение в отделении упорядоченное, интересуется проводимым лечением, общается с выздоравливающими больными. За время лечения явления абстинентного синдрома купированы, нормализовались его сон и аппетит, выровнялся эмоциональный фон. Проводилась психотерапевтическая работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния пациента, предотвращение развития рецидива заболевания, что позволило добиться активного участия больного в лечебно-реабилитационном процессе, прохождению им полного курса лечения.

Перед выпиской дезактуализировалось и патологическое влечение к опьянению. Эмоциональный фон устойчивый, настроение ровное. В продолжающейся

психотерапевтической работе, больной высказывает элементы критики к своему заболеванию, строит реальные планы на будущее.

Выписывается из стационара по окончанию лечения, в удовлетворительном состоянии. Трудоспособность восстановлена полностью.

Прогноз при выписке - сомнительный. Учитывая ВИЧ-ассоциированную, токсическую энцефалопатию, которая затрудняет формирование у пациента устойчивой критики к заболеванию, то, что больной постоянно отказывается и уклоняется от лечения в условиях диспансера по месту жительства. А также, то, что пациент выписывается в прежние социальные условия, велика вероятность обострения заболевания сразу же после выписки из стационара. В связи с вышеизложенным, рекомендовано наблюдение в филиале МНПЦ (НД) по м/ж.

Предупрежден о необходимости посетить психиатра-нарколога, невролога, терапевта по м/ж, инфекциониста в МГЦ СПИД, пройти амбулаторную реабилитационную программу.

О социально правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждён.

Выполнен стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением опиоидов.

Рекомендовано: седативная и общеукрепляющая терапия, наблюдение психиатра-нарколога, терапевта и невролога по месту жительства. Инфекциониста в МГЦ СПИД. Травматолога в травмпункте по месту жительства. Рекомендации: Тав. Amitriptilini 0.025 по 1 таб. 3 раза в день № 30, Тав. Carbamazepini 0,2 по 1 таб. 3 раза в день №30, Тав. Pantogami 0,25 по 1 таб. 3 раза в день № 30. При рецидиве заболевания рекомендована повторная госпитализация.

Больной информирован о возможности участия в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата налоксон, ознакомлен с порядком проведения программы и инструкцией по применению препарата налоксон. Принял письменное решение об участии в программе и ознакомился с правилами введения препарата под роспись.

Выдать памятку «Правила введения лекарственного препарата Налоксон» и крафт пакет со следующим содержимым: 2 (две) ампулы налоксона (0,4 мг/мл), 1 (один) саморазрушающийся шприц, 5 (пять) медицинских спиртовых салфеток для инъекций.

**ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сформулируйте диагноз при выписке
3. Какой информацией должен владеть пациент об участие в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата Налоксон
4. Что необходимо выдать пациенту после участия в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата Налоксон

**Задача № 12**
**Пациент: Д, 12.09.1976**

**Поступил: 18.10.2017**

**Выписан: 10.11.2017**

Диагноз при поступлении: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром отмены опиоидов неосложненный F11.30.

Диагноз при выписке: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости от опиоидов средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F11.21.2

ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии B22.0, Хронический вирусный гепатит С B18.2,

Жалобы на беспокойство, злобность, нарушение сна и аппетита, боли в спине, бессонницу.

Катамнез (со слов пациента): На лечение в Клинический филиал №1 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» поступает неоднократно, 44 раз, десятый раз в 2017 г, добровольно, без сопровождения, по направлению поликлиники КИБ№2. На учете в филиале МНПЦ (наркологическом диспансере) по месту жительства состоит 1997 г. Последняя выписка из 8 н/о 09.10.2017г в связи с окончанием курса лечения. Получив пенсию, тут же возобновил прием героина сразу после выписки, на фоне выраженного влечения к состоянию наркотического опьянения. Суточная толерантность 4г героина на 4 приёма. В настоящее время абстинентный синдром смешанной этиологии протекает по развернутому типу с выраженными соматоневрологическими, вегетативными и психическими проявлениями: с навязчивым влечением к наркотическому опьянению, снижением настроения, раздражительностью, нарушением сна и аппетита, потливостью, ознобом, выраженным алгическим синдромом, эпилептическими припадками с развернутыми клонико-тоническими судорогами. Последний эпиприпадок летом 2013 года. Продолжительность периода абстиненции увеличилась до 8-10 суток. Эйфоризирующий эффект стал менее выраженным и более коротким по продолжительности. Последняя наркотизация героином 17.10.2017 г в дозе около 2,5 г в/в в 18:00.

Из анамнеза известно, что впервые наркотики опийной группы, героин, попробовал в 1992 г. (в 16 лет) в компании сверстников интраназально. После первого приёма изменения состояния не почувствовал. В течение недели в компании знакомых наркоманов и под их влиянием, продолжал нюхать героин. Сам активно наркотик не искал. Спустя полтора года начинает употреблять героин в/в. После первого в/в приёма ощутил подташнивание, тревогу. В последующем, после в/в инъекций ощущал лёгкость, приятные ощущения, зуд, тёплые «волны», во всём теле, благодушие, сонливость. В начале в/в употребления толерантность к героину не превышала 0,05 г за 1 приём, наркотизировался 3-5 раз в месяц. Затем постепенно, для достижения более ярких ощущений стал повышать однократную дозу и частоту употребления героина. Через 3 месяца толерантность к героину возросла до 0,5 г/сут, стал наркотизироваться систематически. При отсутствии наркотика стал испытывать болезненные ощущения в мышцах, отсутствие сна, тревогу. Изменился по характеру – стал рассеянным, раздражительным, невнимательным к родным. За все время наркотизации длительных ремиссий не отмечалось. Неоднократно судим, в МЛС продолжал употреблять героин. Передозировки отрицает. Находясь вне стен стационара, периодически делает перерывы, максимально 2 недели, без приёма ПАВ.

Родился в полной семье младшим из 2 детей, старшая сестра (44 г.) (ПАВ не употребляет, в ПНД не состоит). Мама по характеру мягкая, заботливая, доброжелательная, понимающая, простая в общении, по специальности медицинская сестра, в данный момент

не работает (пенсионерка). Отец жесткий, строгий, требовательный, по специальности механик. Отец злоупотреблял алкоголем (пропал без вести в 1992 году). Наследственность отягощена алкоголизмом отца.

Окончил 9 классов и ПТУ№23. Получил специальность слесарь - ремонтник станков с ЧПУ. По специальности работал в течение 8 лет, далее работал разнорабочим, продавцом, барменом, грузчиком. Не работает с 2004 года, живет на средства, полученные криминальным путём и пособие по инвалидности. Инвалид 3 гр. В ЦЗН не состоит. Холост, детей нет. Живет с матерью, в отдельной благоустроенной квартире. В Армии не служил – медотвод (наркозависимость). 7 судимостей по ст. 228, 158, 161, 119 УК РФ, находился в МЛС в общей сложности 6,5 лет. Перенесенные заболевания: ЗЧМТ (сотрясение головного мозга) 3 раза. Эпилептический синдром с 2006 года, последний развёрнутый судорожный эпиприпадок на высоте опийной абстиненции в 2013 году (всего 2). Операция в январе 2015 года по поводу абсцесса в области левого плечевого сустава. Хронические соматические заболевания, психозы отрицает.

Экспертный анамнез: Не работает. Полис ОМС, СНИЛС имеются. Инвалид 3 гр по общему заболеванию, в выдаче листка нетрудоспособности не нуждается.

Аллергия на сульфодиметоксин- крапивница.

Перенесенные инфекционные заболевания: вирусный гепатит «С» с 1997 г, ВИЧ с 1999 года. сотоит на учете в МГЦ СПИД. ВААРТ назначена, принимает регулярно. Иммунный статус – 360 CD4, вирусная нагрузка 20 коп/мл от февраля 2016 года. Сифилис в 2010 году, пролечен, с учёта в КВД снят. Другие венерические заболевания, другие вирусные гепатиты, туберкулез и другие инфекционные заболевания отрицает. Корью не болел. Контакт с инфекционными больными в течение последних 3-х месяцев не имел. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов и слизистых, проводились: проводился забор крови из вены и иньекции в МНПЦ наркологии во время лечения в 2017 году. Вводит наркотики в/в в область левого паха. ФГ- обследование апрель 2017 в КФ№1 ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» - Легочные поля с явлениями умеренного пневмосклерозах. Корни легких уплотнены. Диафрагма расположена обычно. Синусы свободные. Сердце аорта в пределах возрастной нормы. Имеет 3 группу инвалидности с 2015 года по совокупности заболеваний (ВИЧ, гепатит «С»).

Соматический статус: Общее состояние средней степени тяжести. Больной правильного телосложения, достаточного питания. Кожа обычной окраски. Отмечается повышенное потоотделение (холодный липкий пот на лбу и на кистях) Температура тела 36,2 0С. На коже левого предплечья татуировка и послеоперационный рубец около 4 см в области левого плечевого сустава. В области левого паха «инъекционный колодец» без признаков воспаления. Периферические сосуды из-под кожи на руках не контурируются, труднодоступны. Язык ярко-розовый, влажный. Зев чистый. В легких дыхание везикулярное с жёстким оттенком, проводиться во всех отделах грудной клетки, хрипы не выслушиваются. ЧДД-16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД=120/80 мм рт ст, PS 84 уд, аритмичный (на ЭКГ эктопический предсердный ритм). Живот при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические оправления в норме. Костно-суставная система без видимой деформации. Отеков нет.

Неврологический статус: Походка шаткая. В позе Ромберга не устойчив. Пальценосовые пробы выполняет с ошибками. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равновелики, умерено расширены. Фотореакция удовлетворительная. Отмечается мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Болевая чувствительность сохранена. Сухожильные рефлексы снижены. Патологических рефлексов нет. Очаговой и менингеальной симптоматики

Психический статус: больной пришёл в кабинет по приглашению врача самостоятельно, в сопровождении медсестры. Войдя поздоровался. Присел на предложенный стул. Сел, стараясь принять удобную позу, часто меняет положение. Внешне выглядит не опрятно. Переодет в больничную пижаму. Встретил врача настороженно. Взгляд насторожено-злобный, испытывает страх за свое здоровье, чувство отчаяния и безысходности. Сознание ясное. Продуктивному контакту доступен. Речь отрывистая, резкая. Настроение тревожно-тоскливое, фиксирован на плохом самочувствии, ожидает дальнейшего ухудшения состояния, просит помощи. Ориентирован правильно, полностью. Обеспокоен своим состоянием, пытается себя винить: «зачем я всё это наделал, зачем я пробивал «вивитрол» и что со мной случиться!» Старается представить себя в лучшем свете, преуменьшая сроки наркотизации. Голос тихий, монотонный, темп речи, замедленный. Во время беседы суетлив, неусидчив, дистанцию соблюдает. Память на прошедшие события снижена. С трудом вспоминает события и даты, когда они происходили. Путается в хронологии заболевания. Мышление логичное. Круг интересов сужен. Интеллект соответствует полученному опыту. Эмоциональный фон неустойчивый. Гипомимичен. Критика к заболеванию на низком уровне. Установка на лечение ситуационно-обусловленная. Сразу оговаривает сроки лечения, «улучшится самочувствие и уйду через 15 дней». Пациент настроен на курс лечения по купированию абстинентного синдрома. Обманов восприятия не обнаруживает. Продуктивной психопатологической симптоматики не выявлено. Суицидальных идей не высказывает, в поведении не прослеживаются.

Клинико-лабораторные обследования: Анти HCV - пол. от 23.10.2017, HBS (ag) - отр. от 23.10.2017, ВИЧ (ag) - ИБ от 16.09.2010 №264119, Сифилис RPR - пол. от 23.10.2017,

Биохимический анализ крови: от 18.10.2017: Protein-92, Urea-3, Creatinine-89, T_Bilirubin-5,6, D_Bilirubin-3,1, Amylase-50, ALT-33, AST-41, GGT-66, Glucose_OX-3,2,

Клинический анализ крови: от 18.10.2017: Hgb-143, Rbc-4,71, PLT-269, Wbc-8,1, СОЭ.-49,

Общий анализ мочи: от 18.10.2017: УделВес-1027, pH-6,5, Белок-0,07, Эпит.- в п/зр, Лейк.- 3в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

ФЛГ: от 18.10.2017: Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни структурны. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободны. Сердце. Аорта б/особенностей.

ЭКГ: от 18.10.2017: Ритм синусовый ЧСС 87 уд в 1 мин.,

Осмотрен специалистами:

Инфекционист: от 25.10.2017. ВИЧ инфекция с проявлениями энцефалопатии В22.0, Хронический вирусный гепатит С В18.2,

Лечение: Tab. Clopixoli 0,01 2-2-3-3 № 20, Tab. Gabapentini 0,3 1-1-1-1 № 10,Tab. Neurodoloni 0,1 1-1-1-1№ 10,Tab. Pantogami 0.25 2-2-2-2 №20 Sol. Tramadoli 5% -2.0 в/м в 14:00 и 22:00 №5 ,Sol. Tizercini 2.5% -2,0 в/м в 14:00 и 22:00 № 5, Tab. Amitriptilini 0,025

1-1-1-2 № 15,Tab. Phosphogliv 1-1-1-1 № 10, Tab. Vinpocetini 005 1-1-1-0 № 30, Tab. Carbamazepini 0,2 1-1-1-1 № 10, Tab. Sulpiridi 0,2 1-1-1-0 № 15

Состояние при выписке:

Состояние больного удовлетворительное, жалоб не высказывает. Самочувствие хорошее. Ночной сон спокойный, сновидения нейтрального содержания. За время лечения отмечались изменения личности по дистимическому типу, которые на фоне терапии нивелировались. Поведение в отделении упорядоченное, интересуется проводимым лечением, общается с выздоравливающими больными.

За время лечения явления абстинентного синдрома купированы, нормализовались его сон и аппетит, выровнялся эмоциональный фон. Проводилась психотерапевтическая работа, направленная на стабилизацию эмоционального состояния пациента, предотвращение развития рецидива заболевания, что позволило добиться активного участия больного в лечебно-реабилитационном процессе, прохождению им полного курса лечения.

Перед выпиской дезактуализировалось и патологическое влечение к опьянению. Эмоциональный фон устойчивый, настроение ровное. В продолжающейся психотерапевтической работе, больной высказывает элементы критики к своему заболеванию, строит реальные планы на будущее.

Выписывается из стационара по окончанию лечения, в удовлетворительном состоянии. Трудоспособность временно утрачена в связи с другими причинами.

Прогноз при выписке - неблагоприятный. Учитывая ВИЧ-ассоциированную, токсическую энцефалопатию, которая затрудняет формирование у пациента устойчивой критики к заболеванию, то, что больной постоянно отказывается и уклоняется от лечения в условиях диспансера по месту жительства. А также, то, что пациент выписывается в прежние социальные условия, велика вероятность обострения заболевания сразу же после выписки из стационара. В связи с вышеизложенным, рекомендовано наблюдение в филиале МНПЦ (НД) по м/ж.

Предупрежден о необходимости посетить психиатра-нарколога, невролога, терапевта по м/ж, инфекциониста в МГЦ СПИД, пройти амбулаторную реабилитационную программу.

О социально правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждён.

Выполнен стандарт специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением опиоидов.

Рекомендовано: седативная и общеукрепляющая терапия, наблюдение психиатра-нарколога, терапевта и невролога по месту жительства. Инфекциониста в МГЦ СПИД. Рекомендации: Тав. Amitriptilini 0.025 по 1 таб. 3 раза в день № 30, Тав. Carbamazepini 0,2 по 1 таб. 3 раза в день №30, Тав. Pantogami 0,25 по 1 таб. 3 раза в день № 30. При рецидиве заболевания рекомендована повторная госпитализация.

Больной информирован о возможности участия в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата налоксон, ознакомлен с порядком проведения программы и инструкцией по применению препарата налоксон. Принял письменное решение об участии в программе и ознакомился с правилами введения препарата под роспись.

Выдать памятку «Правила введения лекарственного препарата Налоксон» и крафт пакет со следующим содержимым: 2 (две) ампулы налоксона (0,4 мг/мл), 1 (один) саморазрушающийся шприц, 5 (пять) медицинских спиртовых салфеток для инъекций.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сформулируйте диагноз при выписке
3. Шифр диагноза по МКБ синдрома отмены опиоидов неосложненный
4. Какой информацией должен владеть пациент об участие в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата Налоксон.

**ЗАДАЧА № 13**

**Пациент: А, 12.09.1965**

**Поступил: 19.10.2017**

**Выписан: 09.11.2017**

*Диагноз при поступлении*:

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром отмены алкоголя неосложнённый F10.30.

*Диагноз при выписке:*

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2

Алкогольная жировая дистрофия печени К70.0, Алкогольная кардиомиопатия I42.6, Гастрит хронический К29,

*Жалобы*: На общий дискомфорт, слабость, сонливость, влечение к алкоголю, дрожь в теле, тошноту, раздражительность, нарушения сна.

*Катамнез со слов больного*: Поступает МНПЦ наркологии повторно, с заявлением, последний раз выписан из клинического филиала№1 МНПЦ наркологии около месяца назад, ремиссии не было. В ПНД, со слов, не состоит.

Первая проба в 16 лет. Злоупотребляет алкоголем около 20 лет. Пьянство носит псевдозапойный характер, продолжительность псевдозапоев до 14 дней. Утрачены рвотный рефлекс, ситуационный и количественный контроль. Суточная толерантность до 0,7л водки. В состоянии опьянения неконфликтен. Иногда имеют место амнестические формы опьянения в виде палимпсестов. Алкогольный абстинентный синдром сформирован по развернутому типу: с тревогой, сниженным настроением, раздражительностью, чувством дискомфорта, резким влечением к алкоголю, нарушением сна, аппетита, слабостью, потливостью, тремором пальцев рук, языка, а иногда во всех конечностях Настоящий запой в течение 10 дней. Последняя алкоголизация в день поступления 0.25л. водки

В связи с невозможностью самостоятельно прекратить употребление алкогольных напитков обратился за медицинской помощью.

Проживает с родителями. Судимостей не имеет. В армии служил. Образование средне, по специальности специальное.

*Перенесённые заболевания*: Оперирован по поводу перитонита в детстве. СГМ в анамнезе. Перенес алкогольный психоз? Эпиприпадки на фоне ААС, последний около месяца назад.

*Эпиданамнез*: Туберкулез, гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ – отрицает. За последние 3 месяца с инфекционными больными не контактировал. За пределы Москвы за последние 7 месяцев не выезжал. Манипуляции, связанные с нарушением кожных покровов за последние 7 месяцев, не проводились. Прививочный анамнез неизвестен. ФЛГ от 19.05.17 – без патологии.

*Аллергоанамнез*: на карбамазепин, характер уточнить не может.

Экспертный анамнез: Со слов, не работает более месяца. На учете в ЦЗН не состоит.

*Соматический статус*: Общее состояние ближе к удовлетворительному. Пониженного питания. Кожные покровы лица и шеи гиперемированы. Лицо одутловатое. Ссадины на правой щеке. Склеры инъецированы. Язык розового цвета, обложен серым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/90. Пульс 95 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2,0 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус*: Зрачки равновеликие, реакция на свет живая. Координационные пробы не точные. В позе по Ромбергу не устойчив. Менингиальных знаков и острой очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

*Психический статус:* В сознании. Ослаблен, осмотрен в постели. Ориентирован всесторонне, правильно. Внешне спокоен. Эмоциональный фон снижен, с тревожным оттенком. Мимика скудная. Дистанцию соблюдает. Отвечает после паузы. Голос тихий, монотонный. Сведение о себе дает достаточно подробно. Снижена критика к своему состоянию. Память на текущие и прошлые события снижена. Быстро истощается во время беседы, просит «побыстрее назначить лечение». Обманов восприятия, бредовых переживаний, суицидальных тенденций, на момент осмотра, не выявляется.

*Клинико-лабораторные обследования:*

Анти HCV - отр. от 19.10.2017; HBS (ag) - отр. от 19.10.2017

ВИЧ (ag) - отр. от 19.10.2017; Сифилис RPR - отр. от 19.10.2017

Биохимический анализ крови: от 19.10.2017: Protein-77, T_Bilirubin-6,8, D_Bilirubin-4,1, Amylase-43, ALT-29, AST-23, GGT-45, Glucose_OX-5,

Клинический анализ крови: от 19.10.2017: Hgb-151, Rbc-5,1, PLT-276, Wbc-8,2, СОЭ.-30,

Общий анализ мочи: от 19.10.2017: УделВес-1,027, pH-5,5, Белок-0,05,

Лечение: Sol. Disoli 400,0 ml в/в №3, Sol. Riboxini 2%- 10,0 ml в/в №10, Sol.Magnesii sulfatis 25%-5,0 ml в/в №10, Sol. Acidi ascorbinici 5%-4,0 ml в/в №5, Sol. Phenazepami 0,1% - 2,0 ml в/м н/ночь №5, Sol. Thiamini hydrochloridi 5% - 2,0 ml в/м №7, Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 2,0 ml в/м №7, Tab. “Glycin” по 1 таб. 3 раза №10, Tab. “Phenibut” 0,25 по 1 таблетке 2 раза №10, Susp Vivitroli 380 мг в/м №1

ВК протокол №539от 02.11.2017г.: продлить курс стац. лечения работающему больному.

ВК протокол №1930 от 02.11.2017г: разрешить введение препарата «Вивитрол».

*Состояние при выписке:*

В результате проводимой терапии купированы проявления алкогольного абстинентного синдрома. Общее состояние удовлетворительное.

Ориентирован полностью верно. Нахождением в стационаре не тяготится, несогласия с требованиями надзора, режима стационара не высказывал. Предписанным назначениям следует аккуратно. Режиму подчиняется. Лечение переносит хорошо.

За время терапии полностью купирован алкогольный абстинентный синдром, наладился сон и аппетит, сформировалась установка на трезвый образ жизни. При осмотре врачом жалоб не высказывает, отмечает значительное улучшение самочувствия. В присутствии врача больному введен препарат ВИВИТРОЛ 380 мг. Внутримышечно, в правую ягодицу.

Установка на трезвость высказывается больным достаточно уверенно, в значительной степени полагается на эффективность «ВИВИТРОЛА» при поддержании трезвости. Какой-либо психотической симптоматики не отмечается.

Выписывается по окончанию лечения в удовлетворительном состоянии с улучшением под наблюдение в НД.

Выписывается по окончании курса лечения с улучшением домой под наблюдение в НД по месту жительства с рекомендацией соблюдения строгого режима трезвости и приема поддерживающей противорецидивной терапии: Caps. Ursodeoxycholic acidi 0,25 внутрь 1капс-1капс-2капс №360, Tab. Ademetionini 0,4 внутрь 1 раз/сут в первую половину дня между приемами пищи №30, Tab. Tofizopami 0,05 по 1 таб 2 раз/сут в первую половину дня между приемами пищи №14, прохождение реабилитационных программ в амбулаторных условиях, контроль б/х ан. крови, наблюдение и лечение у терапевта, невролога по м/жительства. Повторная госпитализация при возобновлении приема ПАВ. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием диагноза наркологического заболевания предупрежден.

Больной предупрежден о необходимости обращения к наркологу по месту жительства для дальнейшего амбулаторного наблюдения, лечения, продолжения курса лечения препаратом "Вивитрол".

Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

Выполнен этап лечения синдрома отмены соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ». Выполнен этап лечения синдрома зависимости соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

Пациент написал заявление с просьбой не указывать в листке нетрудоспособности профиль стационара и специальность лечащего врача для сохранения социального статуса. Выдать лист нетрудоспособности без указания профиля лечебного учреждения и специальности врача с 19.10.2017 по 09.11.2017. Трудоспособность восстановлена полностью. Приступить к труду с 10.11.2017г.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при выписке?
2. Шифр по МКБ Синдром зависимости от алкоголя средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F10.21.2
3. Укажите этапы лечения синдрома отмены и синдрома зависимости соответственно приказу Минздрава России «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи
4. Отметьте положительную динамику после проведенной терапии

**Задача № 14**

**Пациент: М, 19.05.1987г.**

**Поступил: 19.10.2017г.**
**Выписан: 03.11.2017г.**

Диагноз при поступлении: Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром отмены (опиоиды, алкоголь) неосложненный F19.30.Н.

Диагноз при выписке: Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Синдром зависимости средней стадии (опиоиды, алкоголь). В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F19.21.2 Н. Наркомания. Кардиомиопатия токсическая I42.7, Токсический гепатит К71.3.

Жалобы на момент осмотра: на потливость, сменяющуюся ознобом, боли в мышцах нижних конечностей, тошноту, сниженный аппетит, чувство внутреннего дискомфорта, насморк, слезотечение, влечение к употреблению наркотика.

Анамнез жизни со слов больного: Поступает на купирование синдрома отмены впервые по личному заявлению по направлению НД №6. Наследственность психопатологически отягощена по линии отца (ранее много раз лечился амбулаторно, кодировался. Последние 8 лет не выпивает). Родился в г. Москва, в срок, в полной семье, третьим по счету ребенком в семье. Старшие брат и сестра проживают в Москве. В настоящее время брат злоупотребляет алкоголем. Детский сад не посещал. Считает себя спокойным, послушным, добрым ребенком. В школу пошел в 7 лет. Учился «хорошо» на «4» и «3». С учителями и сверстниками конфликтов не было. Окончил 9 классов. Затем окончил колледж по специальности повар-кондитер. После чего работала длительный период времени не по специальности - монтажник-слаботочник. Общий стаж- 10 лет. Последние 2 месяца не работает. В 2010 г. был судим условно по ст.228., судимость погашена. Курит с 14 лет, выкуривает около 20 сигарет с фильтром в сутки. Употреблял алкоголь эпизодически, ситуационно, с 14 лет. В течении последних 10 лет употребление алкоголя отрицает. Проживает с родителями.

Анамнез заболевания со слов больного: Впервые употребил героин в 18 лет интраназально по предложению приятелей-наркоманов. Также в этот период времени стал употреблять таблетки «Золдиар», курил анашу. Ощущение опьянения понравилось сразу: «приятная расслабленность», «спокойствие», «облегчение», «приятное тепло». Сначала злоупотребление героина носило эпизодический характер 1 раз в месяц (только интраназально). Через 6 месяцев прием героина приобрел характер 1-2 раза в неделю интраназально. Затем была спонтанная ремиссия на протяжении 7-и месяцев. За прошедший период времени употребление героина носило перемежающий характер, год употребления - год ремиссии. 6 раз проходил стационарное лечение в МНПЦ наркологии ДЗМ №19. Последняя госпитализация в июне 2016г. наркотики не употреблял до декабря 2016г. Затем в компании «знакомых сорвался в Новый год». С этого периода времени употреблял «Золдиар» до 10-15-ти таблеток ежедневно на протяжении 2-х месяцев, затем была ремиссия. Возобновил употребление «Золдиара» ежедневно с 1 сентября 2017г. Стал заниматься добыванием наркотиков «различными способами». У пациента сформирована психическая и физическая зависимость от опиоидов. Сформирован абстинентный синдром в виде комплекса соматовегетативных и психических расстройств с выраженным влечением к опьянению: через 6-8 часов после последнего приема ПАВ появляются боли в

мышцах, выкручивающие боли в крупных суставах, снижение настроения, боли в животе, потеря аппетита, слабость, потливость, озноб, усиливается влечение к употреблению наркотика. В этот же период времени продолжал употреблять героин путем курения с частотой 1-2 раза в неделю в дозе 0,5 гр. Последние 2 месяца стал массивно алкоголизироваться до 10-ти литров пива в день. Суточная толерантность возросла до 0,5 грамм порошка героина в сутки на 3-4 приема. Последнее употребление порошка героина путем курения в 10 часов утра 11.10.17г. - 0,5 грамм порошка героина.

Отмечает наличие ремиссии в течение 3-х лет, с 2013г. по 2016 г. Проживает с родителями.

Экспертный анамнез: По профессии – повар-кондитер. Не работает более 2-х месяцев. В выдаче листка нетрудоспособности не нуждается. На учете в ЦЗН не состоит. Полис ОМС имеет. Инвалидности не имеет.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветрянка в школьные годы.

Травмы и операции: отрицает.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Эпиданамнез: Туберкулёз, кожно-венерические заболевания, в анамнезе отрицает. За последние 7 месяцев контакты с инфекционными больными отрицает, выезды за пределы Москвы отрицает. Гепатит «С», ВИЧ-инфекция -отрицает. АРТ не получает, центр МГЦ СПИД не посещает. ФГ19.10.17г. в КФ№1. - без патологии. Прививочный статус не известен. Болел ли корью, не знает.

Соматический статус: Общее состояние удовлетворительное. Среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Стенки зева обычной окраски. Миндалины не увеличены, налетов нет. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД=16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90\60 мм. рт. ст. Ps=80 уд. /мин. T=36,2*C. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень безболезненная, ниже края реберной дуги на 2 см. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Неврологический статус: Походка ровная. Лицо симметричное. Зрачки OD=OS, фотореакция вялая. Координационные пробы: в позе Ромберга неустойчива, пальценосовую пробу выполняет неточно. Очаговой и менингиальной симптоматики на момент осмотра не выявлено.

Психический статус: Передвигается самостоятельно, медленно. В сознании. Ориентирован правильно в месте, времени, собственной личности. На беседу в кабинет пришел самостоятельно по приглашению мед. персонала. Поведение адекватное обстановке. Контактен, на вопросы отвечает тихим голосом по существу заданного, после небольшой паузы. В беседе вежлив, корректен. Тяготится своим состоянием. Просит о помощи. Фон настроения снижен, выражение лица страдальческое. Высказывает настрой на лечение. Установка на лечение ситуационно обусловлена плохим самочувствием. Мышление последовательное. Память сохранена. На момент осмотра бредовых идей и обманов восприятия не выявлено. Суицидальных мыслей нет.

Клинико-лабораторные обследования:

Анти HCV - в работе от 19.10.2017 HBS (ag) - отр. от 19.10.2017

ВИЧ (ag) – отр. от 19.10.17г. Сифилис RPR - отр. от 19.10.2017

Биохимический анализ крови: от 19.10.2017: Protein-70,7, Creatinine-76, T_Bilirubin-6,3, D_Bilirubin-3, Amylase-48,7, ALT-44, AST-79, GGT-73, Glucose_OX-5,2,

Клинический анализ крови: от 19.10.2017: Hgb-140, Rbc-4,45, PLT-325, Wbc-7,6, Базофилы-0,1, Эозинофилы-0,1, Сег. -2,6, Моноциты-0,3, СОЭ.-7,

Общий анализ мочи: от 19.10.2017: УделВес-1, pH-6, Эпит. - в п/зр, Лейк.- в п/зр в пол.зр., Эритр.- в п/зр в пол.зр.,

Осмотрен специалистами:

Терапевт: от 20.10.2017. Кардиомиопатия токсическая I42.7, Токсический гепатит K71.3.

Лечение: Выполнены стандарты купирования синдрома отмены опиоидов, проведена детоксикационная, симптоматическая, общеукрепляющая, психотропная терапия, психотерапия в соответствии со стандартами (моделями протоколов) специализированной медицинской помощи наркологическим больным: T. Finlepsini 500 mg. в сутки, T. Thiodazini до 25,0 мг в сутки; T.Pagluferali -2 до 3 таблеток; Tab Carsili 1 x 3 раза; Tab Mexidoli 0,125 1 x 3 раза; Tab. Chloprotexeni 50 mg. н/н. Tab. Aminaloni по 1 табл. 3 раза в день, ноотропы, витамины, гепатопротекторы.

Состояние при выписке:

В отделении лечение проводилось в соответствии со стандартами (моделями протоколов) оказания специализированной медицинской помощи наркологическим больным при синдроме отмены и синдроме зависимости от опиоидов. Выполнены стандарты лечения синдрома отмены опиоидов.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на здоровье не предъявляет. Ночной сон достаточный. Аппетит восстановлен. Сомато - неврологически с положительной динамикой. Пациент физически окреп. Лицо симметричное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот спокоен. Стул и диурез без особенностей. АД 110/70 мм.рт.ст., пульс 76 в мин. Температура тела 36,6 град. Ц. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступен. Ориентирован в месте, в собственной личности и во времени правильно. Фон настроения ровный. Внешне спокоен. Обманов восприятия и ощущений не выявляется на момент осмотра. Влечение к ПАВ отрицает, поведением не обнаруживает. Строит планы на будущее. Собирается прекратить общение с зависимым от ПАВ окружением, устроиться на работу. Суицидальных мыслей не высказывает, поведением не обнаруживает на момент осмотра. В отделении был малозаметен. К лечению относился равнодушно. Формально интересовался результатами анализов. Режим в отделении не нарушал. В трудовых процессах участие принимал. Занятия с психологом посещал. От дальнейшего лечения отказывается в категорической форме, мотивирует «своим хорошим самочувствием». В неотложной наркологической помощи не нуждается. О социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупрежден.

Пациент категорически отказался от участия в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием лекарственного препарата НАЛОКСОН. Написал отказ в письменной форме.

Рекомендации при выписке: строгое соблюдение режима трезвости; наблюдение и прохождение реабилитационных программ в НД по месту жительства; наблюдение инфекциониста, МГЦ СПИД; поддерживающее лечение: T. Chlorprothixeni 15mg на ночь, курс 14 дней; T. Mirtazonali 30mg на ночь, курс 1 месяц; T. Carbamazepini 100mg x 2 раза в день, курс 1 месяц; T. Naltrexoni 50mg утром, курс 6 месяцев.

Выписывается из отделения в связи с купированием синдрома отмены лечения в удовлетворительном состоянии. Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

Отделение покинул в сопровождении сестры. Сестра написала заявление в письменной форме, что «просит выписать брата под свою ответственность в связи с отъездом».

Принимая во внимание особенности течения заболевания и возможное раннее обострение в течении трех месяцев повторная госпитализация в ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ для прохождения курса лечения.

Справка больному не выдавалась. Трудоспособность восстановлена полностью.

**ЗАДАНИЯ**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении
2. Сформулируйте диагноз при выписке
3. Шифр по МКБ синдрома зависимости средней стадии (опиоиды, алкоголь). В настоящее время воздержание, но в условиях исключающих употребление F19.21.2 Н. Наркомания
4. Какие выполнены стандарты купирования синдрома отмены опиоидов в процессе лечения

**Задача № 15**

**Пациент: Е, 1988 г.р.**

**Поступила: 20.10.2017**

**Выписана: 17.11.2017**

*Диагноз при поступлении*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром отмены опиоидов неосложненный F11.30.

*Диагноз при выписке*: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости от опиоидов средней стадии. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F11.21.2. Хронический вирусный гепатит С В18.2. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная В24. Хронический сальпингит и оофорит в стадии ремиссии N70.1. Спаечный процесс в малом тазу N73.6. Первичное бесплодие.

*Жалобы при поступлении* на общий внутренний дискомфорт, слабость, отсутствие аппетита, сниженное настроение, поверхностный сон, незначительный озноб, боли выкручивающего характера в крупных суставах нижних конечностей, влечение к употреблению ПАВ.

*Катамнез со слов больной*: Поступает повторно (3 раз) по личному заявлению в сопровождении сожителя с направлением из НД№8 по приговору суда. После предыдущей выписки из КФ№1 в феврале 2014г. (была выписана по окончании лечения) сразу возобновила употребление метадона, проживала одна, не работала, НД не посещала. Возобновила наркотизацию в связи с актуализацией патологического влечения к употреблению ПАВ. С этого периода времени употребляла метадон внутривенно ежедневно в сочетании с курением каннабиноидов («гашиш»). Суточная толерантность к ПАВ составила 1,0 грамм порошка метадона на 1-2 приема внутривенно, каннабиноиды 1 грамм на «несколько дней», «курила более 10 раз в день». С июля 2017г прекратила курение каннабиноидов, что объясняет трудностями в приобретении наркотического средства «хорошего» качества. С июля 2017г продолжила употреблять метадон. Сформирована

психическая и физическая зависимость от опиоидов. Сформирован абстинентный синдром в виде комплекса сомато - вегетативных и психических расстройств с выраженным влечением к опьянению: через несколько часов после прекращения наркотизации появляются чувство тревоги, беспокойства, сниженное настроение, озноб, сменяющийся потливостью, тошнота, боли в животе и мышцах тела и конечностей. Эпизодически при недостатке опиоидов употребляла до 600мг прегабалина. Последний прием прегабалина за 2 недели до поступления. Последнее употребление метадона утром 19.10.17г. - ввела внутривенно 0,5 грамма порошка

*Из анамнеза*: Состоит на учете в НД с 2014г. Наследственность психопатологически не отягощена. С июня 2017г проживает с сожителем, который, якобы не является зависимым от ПАВ. Детей нет. Предоставлено постановление Дорогомиловского районного суда г. Москвы от 03.08.17: Евлашева Е.А. по ст 228 УК РФ осуждена до декабря 2017г условно, а также обязана обратиться в НД по месту жительства для обследования на предмет нуждаемости в лечении от наркотической зависимости при необходимости пройти курс лечения.

Курит. Употребляет алкоголь эпизодически, ситуационно, с 18 лет. С 18 лет по июль 2017г. систематически вдыхала дым каннабиноидов. В 20 лет впервые употребила в/в героин по инициативе «знакомого». С 2008г по 2015г сочетала курение каннабиноидов с внутривенным употреблением героина. В 2015г перешла на употребление метадона. С 2015г эпизодически при отсутствии опиоидов для облегчения своего самочувствия принимает прегабалин до 600мг. Наличие передозировок в анамнезе отрицает.

*Экспертный анамнез*: Образование среднее. Окончила 11 классов общеобразовательной школы. После чего эпизодически подрабатывала официанткой, кассиром. Не работает более года. В течение последних 12 месяцев листком нетрудоспособности не пользовалась. Открытых листков нетрудоспособности, работы по совместительству не имеет. Не состоит на учете в ЦЗН. Полиса ОМС нет (дома).

Перенесённые заболевания: ОРВИ. Операция по поводу абсцесса левого плеча в 2013г, флегмоны правой кисти в 2014г.

*Аллергоанамнез*: анальгин- крапивница, бронхоспазм.

Эпиданамнез: Туберкулёз, кожно-венерические заболевания, ВИЧ инфекцию отрицает. В детстве перенесла ветряную оспу. Гепатит С с 18 лет. За последние 3 месяца месяц контакты с инфекционными больными отрицает. Выезды за пределы Москвы в течение последних 7 месяцев отрицает. Прошла фГ-ческое обследование в КФ №1 от 20.10.17г, без патологии. Вводит ПАВ, в основном, в область паха с обеих сторон. Прививочный анамнез не известен.

Гинекологический анамнез: менструации с 15 лет, последняя в настоящее время. Беременности 0. Беременность на данное время отрицает.

*Соматический статус при поступлении*: Общее состояние средней степени тяжести. Внешне опрятна. Передвигается самостоятельно. Походка ровная. Среднего роста, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, акрогипергидроз. Склеры инъецированы. Лицо слегка одутловатое. Волосы тусклые, ломкие. На кожных покровах и видимых слизистых высыпаний, в том числе, характерных для кори нет. В области верхних и нижних конечностей многочисленные следы от давних внутривенных инъекций, рубцы. В области паха с обеих сторон многочисленные следы от внутривенных инъекций различной давности, рубцы. Язык влажный, умеренно обложен беловатым налетом. Зев чистый. Миндалины не увеличены, налетов нет. В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет.

ЧД=18 в мин. Тоны сердца ритмичные. АД 105\80 мм. рт. ст. Ps=80 уд./мин. T=36,7*C. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Нижний край печени ниже края реберной дуги на 2,0см, безболезненный при пальпации. С-м Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей.

*Неврологический статус при поступлении*: Лицо симметричное. Зрачки средней величины, D=S, фотореакция вялая. Координационные пробы: в позе Ромберга пошатывается, пальценосовую пробу выполняет с промахом. Язык по средней линии. Очаговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра не выявлено. Тремор пальцев рук, языка.

*Психический статус при поступлении*: В кабинет пришла самостоятельно, после приглашения. Одета в больничную одежду. В сознании. Ориентирована, верно в месте, времени, собственной личности. Выражение лица печальное. В словесный контакт вступает охотно. Вежлива. На вопросы отвечает по существу заданного, тихим голосом, после паузы. Зрительный контакт поддерживает. Речь нормального темпа. В беседе заинтересована, но в то же время, старается преуменьшить размеры своей наркотизации, выглядеть лучше в глазах окружающих. Фон настроения снижен в связи с плохим самочувствием. Пациентка тяготится своим состоянием, просит о помощи. Настрой на лечение обусловлен ситуационно. Не скрывает, что обратилась на лечение в связи с решением суда. Мышление последовательное. Память сохранена. На момент осмотра бредовых идей и обманов восприятия не обнаруживает. Суицидальных мыслей не высказывает на момент осмотра, поведением не обнаруживает.

*Клинико-лабораторные обследования*:

Анти HCV - пол. от 24.10.2017, HBS (ag) - отр. от 23.10.2017, ВИЧ (ag) - ИБ от 26.10.2017 №237139,

Сифилис - отр. от 23.10.2017

Биохимический анализ крови: от 20.10.2017: Protein-70,4, Urea-4,4, Creatinine-71, T_Bilirubin-4,5, D_Bilirubin-1,7, Amylase-53,6, ALT-12, AST-22, GGT-18, Glucose_OX-3,3,

Клинический анализ крови: от 20.10.2017: Hgb-116, Rbc-4,47, PLT-235, Wbc-7, Базофилы-0, Эозинофилы-0,1, Лимф.-3,4, Моноциты-0,4, СОЭ.-6,

Общий анализ мочи: от 25.10.2017: УделВес-1,01, pH-8, Эпит.-един, Эритр.-1-2-1 в пол.зр., Слизь-много,

ФЛГ: от 20.10.2017: В лёгких, на момент исследования, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких структурные. Купола диафрагмы расположены обычно. Синусы свободные. Сердце, аорта без особенностей. 33 МЗВ.

ЭКГ: от 20.10.2017: Синусовая брадикардия с ЧСС-52 в минуту. Вертикальное положение ЭОС. Синдром ранней реполяризации желудочков.

Осмотрена специалистами:

Инфекционист: от 31.10.2017. Хронический вирусный гепатит С B18.2. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ], неуточненная B24.

Терапевт: от 27.10.2017. Хронический вирусный гепатит С B18.2.

Гинеколог: от 01.11.2017. Хр. сальпингоофарит в стадии ремиссии. Спаечный процесс в малом тазу N73.6.

Гинеколог: от 13.11.2017. Хронический сальпингит и оофорит в стадии ремиссии N70.1. Спаечный процесс в малом тазу N73.6. Первичное бесплодие.

Лечение: S. Ketorolaci до 4,0 в/м/сут; S. Haloperidoli 0,5% до 2,0 в/м/сут; S. Aminazini 2,5% до 4,0 в/м/сут; S. Tiapridi до 8,0 в/м/сут; S. Phenazepami 0,1% до 5,0 в/м/сут; S. Relanii

5mg|ml-до 4,0 в/м/сут; S. Clopixoli-acufasi –до 3,0 в/м/сут; S. Tisercini 25mg|ml-4,0 в/м/сут; Tab. Chlorprothixeni 0,05 до 4т/сут; Caps. Nolodataci 0,1 до 4 капс/сут; Tab. Trileptali 0,150 до 0,45/сут; Caps. Neuleptili до 4 кап/сут; Tab. Calixta 0,03 до 2т/сут; Tab. Tisercini 0,025 до 6т/сут; Tab. Naltrexoni 0,05 до 1т/сут, Tab. Clofelini 0,000075 до12т/сут; Tab. Acinetoni до 3 т/сут; Tab. Aminazini 0,05 до 5т/сут; Tab. Mexiprimi 0,125 до 3т/сут; Tab. Asparcami до 3т/сут; Tab.Ac. Lipoici 0,025 до 3/сут; Tab. Riboxini 0,2 до 3/сут.

Состояние при выписке:

В отделении лечение проводилось в соответствии со стандартами (моделями протоколов) оказания специализированной медицинской помощи наркологическим больным при синдроме отмены и синдроме зависимости от опиоидов. Выполнены стандарты лечения синдрома отмены, синдрома зависимости от опиоидов.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на здоровье не предъявляет. Ночной сон достаточный. Аппетит восстановлен. Сомато - неврологически с положительной динамикой. Пациентка физически окрепла. Лицо симметричное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Живот спокоен. Стул и диу¬рез без особенностей. АД 110/70мм.рт.ст., пульс 76 в мин. Температура тела 36,6 град. Ц. Внешне опрятна. Сознание не помрачено. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована в месте, в собственной личности и во времени правильно. Фон настроения ровный. Внешне спокойна. Обманов восприятия и ощущений не выявляется на момент осмотра. Влечение к ПАВ отрицает, поведением не обнаруживает. Строит планы на будущее. Собирается прекратить общение с зависимым от ПАВ окружением, устроиться на работу, посещать группы АА. Суицидальных мыслей не высказывает, поведением не обнаруживает на момент осмотра. В отделении была малозаметна. К лечению относилась равнодушно. Формально интересовалась результатами анализов. Режим в отделении не нарушала. В трудовых процессах участия не принимала. Занятия с психологом не посещала. В неотложной наркологической помощи не нуждается. Отделение покинула в сопровождении мужа.

Выписывается из отделения в связи с окончанием лечения в удовлетворительном состоянии. Прогноз в плане ремиссии сомнительный.

Проведена ВК №1209 от 13.11.2017г: получение препарата ВИВИТРОЛ разрешено (препарат введен 16.11.2017г).

Пациентка приняла решение об участии в Программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием лекарственного препарата НАЛОКСОН, ознакомлена с порядком проведения Программы, инструкцией по применению препарата НАЛОКСОН, «Правилами введения лекарственного препарата НАЛОКСОН при подозрении на передозировку наркотических веществ». Выдан Налоксон в крафт-пакете.

Рекомендации при выписке: строгое соблюдение режима трезвости; наблюдение и прохождение реабилитационных программ в НД по месту жительства; наблюдение инфекциониста МГЦ СПИД; поддерживающее лечение: T. Chlorprothixeni 50mg на ночь, курс 14 дней; T. Mirtazonali 30mg на ночь, курс 1 месяц; T. Phenibuti 250mg x 3 раза в день, курс 14 дней; Sol. Vivitroli 380mg в/м x 1 раз в месяц, курс 12 месяцев. От прохождения стационарной реабилитации отказалась.

Выдана справка № 2330 с 20.10.2017. по 17.11.2017. Трудоспособность восстановлена полностью.

О социально-правовых аспектах, связанных с наличием наркологического заболевания, предупреждена.

Принимая во внимание особенности течения заболевания и возможное раннее обострение рекомендована повторная госпитализация в ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ для прохождения курса лечения.

**Задания**

1. Сформулируйте диагноз при поступлении.
2. Сформулируйте клинический диагноз при выписке.
3. Рекомендации при выписке.
4. Какой информацией должен владеть пациент об участие в программе по снижению смертности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов от передозировки наркотических веществ с использованием препарата Налоксон.